Fabiana de Carvalho Dias

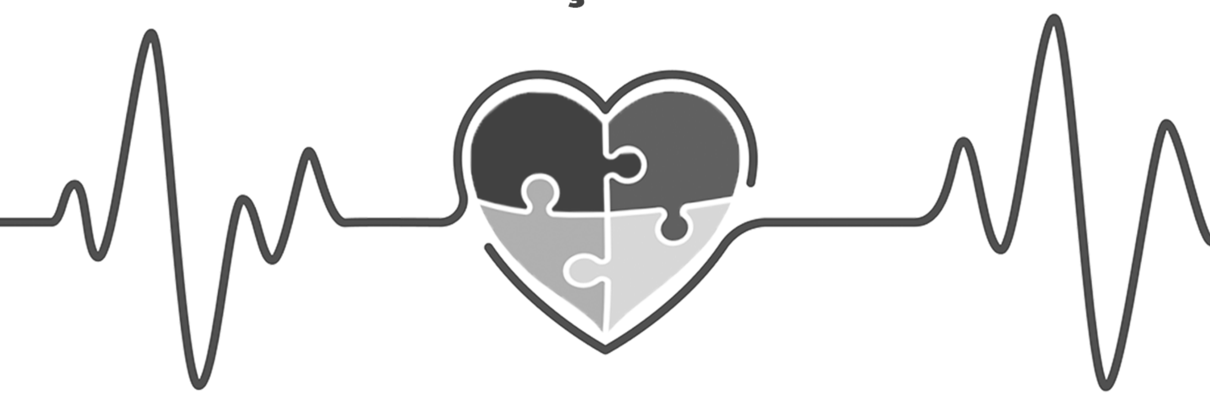
ANÁLISE DOS ESTUDOS SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS PARA AS DISPRAXIAS EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO NA EDUCAÇÃO INFANTIL



Atena Editora
Ano 2023

Fabiana de Carvalho Dias

ANÁLISE DOS ESTUDOS SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS PARA AS DISPRAXIAS EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO NA EDUCAÇÃO INFANTIL



Atena Editora
Ano 2023

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Ellen Andressa Kubisty
Luiza Alves Batista
Nataly Evilin Gayde
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Análise dos estudos sobre práticas interventivas para as dispraxias em crianças diagnosticadas com autismo na educação infantil

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: A autora
Autora: Fabiana de Carvalho Dias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D541 Dias, Fabiana de Carvalho
Análise dos estudos sobre práticas interventivas para as dispraxias em crianças diagnosticadas com autismo na educação infantil / Fabiana de Carvalho Dias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1445-2
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.452233005

1. Crianças com transtorno do espectro autista. 2. Educação especial. I. Dias, Fabiana de Carvalho. II. Título.
CDD 618.9285882

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DA AUTORA

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DA EDITORA

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado ao meu filho João Guilherme de Souza Carvalho, razão do meu viver, quem me impulsiona a qualquer atitude de vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, dono de todas as coisas em minha vida, luz que me motiva, e me mantém viva sempre correndo atrás de meus objetivos.

Aos meus familiares pai in memoriam, mãe, irmãos, cunhados (as), e sobrinhos (as), e sogra, que sempre me apoiaram, mesmo quando não sabia de fato o que eu estudava e mesmo sem perceber, emanaram a luz que me faz seguir adiante e enfrentar meus medos.

Ao meu marido André, que deu régua e compasso para minha vida. A você que foi meu porto seguro nos momentos de maiores incertezas.

Ao meu filho João Guilherme dono do olhar mais expressivo que conheço pelo simples fato de existir.

EPÍGRAFE

"Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto"

Albert Einstein

Falar sobre TEA e educação infantil temas tão submersos e ao mesmo tempo tão importantes para a atualidade propõe reflexões para que se possa desmistificar questões relacionada a autismo e metodologias de ensino que sejam suficientemente inclusivas.

O atendimento sistematizado em sala de aula e inclusivo exige dos professores um complexo e avançado conhecimento a respeito das principais intervenções realizadas, para isso torna-se fundamental que o profissional professor tenha conhecimentos prévios que os capacitem para realizar um atendimento inclusivo e de qualidade. Esse estudo é composto de uma sequência de títulos que propõe algumas reflexões referentes aos temas, autismo, dispraxia e educação infantil.

Para o referencial teórico o estudo contou com a contribuição de alguns pesquisadores como Missiuna (1994, 2003 e 2006), APA (2013), Bosa (2006), Klin (2006), apoiaram também as discussões os documentos oficiais sobre inclusão principalmente a lei 12.764/12 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Como referencial teórico metodológico a pesquisa se embasou nos estudos de Sampaio e Mancinni (2007) que descrevem o tipo de pesquisa escolhido e adotado no estudo. No que tange aos procedimentos metodológicos essa pesquisa utilizou-se dos passos da revisão sistemática de literatura descrita pelo grupo *Chocrane.*

Ao abordar as dispraxias nos autistas e a inclusão destes alunos no ensino regular, este estudo fará menção, no Capítulo 1, sobre a definição de conceitos como dispraxia, autismo, inclusão e educação e dispraxia.

No capítulo 2, será descrito a metodologia do estudo, com detalhamento do delineamento da revisão sistemática da literatura.

O capítulo 3 tratará da análise e discussão dos dados encontrados.

Por fim, serão feitas as considerações finais, apontando limitações do estudo bem como encaminhamentos para novas pesquisas. Seguindo-se as referências e anexos.

Espero que esse estudo possa apoiar o trabalho de todos os professores que lidam diariamente com situações conflitantes, e de grande importância para sociedade em geral, e que esse possa de alguma forma estar contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento profissional.

Boa leitura

RESUMO

DIAS, FABIANA DE CARVALHO. Análise dos estudos sobre práticas interventivas para as dispraxias em crianças diagnosticadas com autismo na educação infantil. Dissertação de mestrado (Mestrado em Educação) – Ciências Humanas, Universidade Católica de Petrópolis, Rio de Janeiro, 2016.

O objetivo do estudo foi verificar na literatura científica quais as intervenções, atualmente em uso, para o atendimento de crianças na educação especial diagnosticadas com autismo e que apresentam dispraxia. Tratou-se de uma revisão bibliográfica com abordagem de revisão sistemática de literatura, tendo como critérios de inclusão, artigos publicados no período de 2010 a 2015 com resumos disponíveis na língua portuguesa, inglesa e espanhola que abordasse a intervenção para alunos autistas com dispraxia em contexto de educação infantil. As buscas foram feitas no Google Acadêmico, Medline e Periódico Capes, utilizando os descritores em português e inglês: Autismo, Intervenção, Dispraxia. Encontrou-se 1810 textos na busca inicial, selecionando-se 09 que preencheram os critérios estabelecidos. Os resultados apontaram para três categorias de intervenção. Observou-se também que as publicações sobre o assunto ainda são limitadas na literatura nacional, fazendo com que as intervenções apresentadas se distanciem da realidade das escolas brasileiras.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Autista, Educação Especial/infantil, Dispraxia, Intervenção.

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate the scientific literature which interventions currently in use for the care of children in special education diagnosed with autism and who have dyspraxia. This was a literature review with a systematic review approach to literature, with the inclusion criteria, articles published in the period 2010 to 2015 with abstracts available in Portuguese, English and Spanish that addressed the intervention for autistic students with dyspraxia in context early childhood education. Searches were made in Google Scholar, Medline and Periodic Capes, using the key words in Portuguese and English: Autism Intervention, Dyspraxia. It was found in 1810 texts in the initial search, selecting 09 who met the established criteria. The results pointed to three intervention categories. It was also observed that the publications on the subject are still limited in the national literature, making interventions presented to distance themselves from the reality of Brazilian schools.
KEYWORDS: Autistic Disorder, Special Education / Early Childhood, Dyspraxia, Intervention.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA- Análise de Comportamento Aplicada;

AEE – Atendimento Educacional Especializado;

AI – Autismo Infantil;

APA – Associação Americana de Psiquiatria;

AVD – Atividade de Vida Diária;

CID – Classificação Internacional de Doenças;

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais;

EI – Educação Infantil;

ESAT – Questionário para Rastreamento precoce de Traços Autísticos (Early Screening os Autistic Traits Questionare);

LDB – Lei de Diretrizes e Bases;

NBCI – National Center for Biochenology Information ;

NIH – National Institutes of Health;

PECS – Picture Exchange Comunication System;

PNE – Plano Nacional de Educação;

PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento;

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo;

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Comunication Hand Earcapped Children.

TGD – Transtorno Global do Desenvolvimento;

TID – Transtorno Invasivo do Desenvolvimento;

UNESCO – Organizações das nações Unidas para Educação a Ciência e a Cultura;

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo Khoury *et al* (2014, p. 223), até o começo de 2013, os profissionais responsáveis por classificar e diagnosticar o autismo utilizava como referência o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esses manuais de classificação diagnóstica utilizam os termos Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID).

Estudos apontam que apesar dos manuais de classificação diagnóstica anteriormente citados utilizarem os termos TGD e TID, há mais de 20 anos que os estudos sobre o autismo utilizam o termo Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) para se referir a apenas três transtornos relacionados aos TGD ou aos TID, que são o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global ou Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, ou seja, nem todos os transtornos classificados como TGD ou TID no DSM-IV e na CID-10 são considerados na categoria diagnóstica dos TEA (KHOURY, et al, 2014, p. 240).

Desta forma o Transtorno Autista de acordo com DSM – IV –TR se caracteriza por um quadro clínico em que prevalecem prejuízos na interação social, nos comportamentos não verbais (como contato visual, postura e expressão facial) e na comunicação (verbal e não verbal), podendo existir atraso ou mesmo ausência da linguagem (APA, 2002).

Já o Transtorno de Asperger é apresentado como um transtorno que ocasiona de leves a graves prejuízos na interação social, restrição de interesses e atividades, adesão aparentemente inflexível a rotinas e rituais, alteração da prosódia (entonação da fala) e comportamentos repetitivos. Uma diferença que existe entre o Transtorno de Asperger e o Transtorno Autista é que, nesse último, geralmente têm sido identificados atrasos de linguagem e atrasos expressivos nas habilidades cognitivas e de autocuidado, diferentemente do que ocorre em pessoas com Transtorno de Asperger (APA, 2002).

E o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE) é caracterizado por prejuízos severos na interação social e na comunicação verbal e não verbal e por comportamentos estereotipados que não satisfazem o critério de TA devido ao seu início tardio (APA, 2002).

Com isso em maio de 2013, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V publica e inclui mudanças nos critérios diagnósticos de autismo. O DSM –V adota, finalmente, o termo TEA como categoria diagnóstica. Desta forma, o mesmo, agrupa e incluí quatro das cinco categorias dos TID do DSM-IV

na condição de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). São elas: Transtorno Autista, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. De acordo com o DSM-5, esses transtornos não terão mais validade em termos de condições diagnósticas distintas. Assim, passarão a ser considerados no mesmo espectro do autismo (KHOURY, et al, 2014, p. 225).

O foco desta dissertação é o transtorno autista, esse transtorno é um distúrbio do neurodesenvolvimento definido por alterações presentes antes dos três anos de idade, e que se caracteriza por alterações na comunicação, na integração social, e no uso da imaginação.

A incidência é de 01 a cada 150 nascimentos (RICE, 2007, p. 344); porém no Brasil, um único estudo piloto encontrou uma incidência do TEA de apenas 0;3% em uma amostra de 1470 crianças (PAULA, et al, 2011, p. 1741).

Além dos sintomas clássicos, algumas crianças com autismo, podem apresentar também a dispraxia. A dispraxia é uma disfunção neurológica que impede o cérebro de realizar corretamente movimentos motores. Existem dois tipos de dispraxia a dispraxia verbal e a dispraxia motora (MISSIUNA, 2003, p. 25).

A dispraxia motora é um distúrbio neurológico que afeta o controle motor complexo, não deixando a criança planejar, sequenciar e executar ações novas, e a dispraxia verbal é uma desordem expressiva de origem neurológica que refere-se à dificuldade em realizar ações motoras especificas e voluntárias dos sons da fala, esse quadro é comumente apontado como uma dificuldade relacionada a produção articulatória. (MISSIUNA, 1994, p. 5 e HAGE, 1999, p. 80).

Essas deficiências, nas crianças com autismo, estão correlacionadas com os prejuízos sociais, comunicativos, e comportamentais que definem o transtorno, sugerindo que a dispraxia motora pode ser característica fundamental do transtorno, por esse motivo neste trabalho será dada atenção especial a dispraxia motora (DZUIK, et al, 2007, p. 736.)

Estudos revelam que a dispraxia pode trazer experiências negativas afetando a vida social e acadêmica de uma criança, e trazer consequências secundárias como problemas de comportamento, angustia emociaonal, baixa auto-estima, ansiedade, depressão e má percepção de competência, por esse motivo a identificação precoce, a intervenção eficaz e orientação profissional são importantes (MISSIUNA et al, 2006, p. 506).

As dispraxias motoras podem interferir diretamente nas Atividades de Vida Diária (AVDs) das crianças com autismo que frequentam a Educação Infantil (EI) se não forem submetidas às intervenções precoces, essas podem privar a autonomia e independência das crianças para a realização das atividades de vida diária (AVDs) (KLIN, 2006, p. 6).

As atividades de vida diária, em particular na infância, são concebidas como fundamentais para o desenvolvimento biopsicossocial, porque possibilitam as primeiras formas de exploração do ambiente. À medida que a criança atinge níveis mais elevados em seu desenvolvimento motor, cognitivo e psicológico, a criança passa a interagir de forma complexa e dinâmica com o ambiente, tornando assim mais consistente sua relação com pessoas, objetos e símbolos nele presentes (AOTA, 2008, p. 10).

Esse desenvolvimento inicial possibilita à criança envolver-se gradativamente em atividades cada vez mais elaboradas, criando aos poucos suas próprias rotinas na vida diária, tais como: cuidados pessoais (alimentar-se, tomar banho e vestir-se sozinha), comunicação (usar o telefone, o computador, a escrita), mobilidade (poder mover-se e deslocar-se em diferentes ambientes), e controle do ambiente (manusear ferramentas que facilitam as tarefas diárias e o convívio social), dentre outras ocupações. (VASCONCELOS, CAVALCANTE, 2013, p. 269).

Em relação à criança com autismo, como isso ocorre? Como proporcionar-lhe a satisfação de necessidades tão fundamentais? Quais os anseios e dificuldades experimentados pelos pais e profissionais da educação diante de tais circunstâncias?

A fase pré-escolar denominada Educação Infantil (EI) é referenciada pela LDB/96 como uma etapa de cuidado e de educação. Isto significa que tal compreensão deve orientar as práticas da EI, caracterizadas como ações de cuidar e educar de forma integrada da criança nos seus primeiro anos. O cuidado infantil deve compor dentre outras atividades, as atividades de vida diária, pois é através destas que a criança com autismo poderá adquirir competências e formar hábitos de autossuficiência. (BRASIL, 1996, p. 20; CHIOTE, 2011, p. 155; CORREIA, 2012, p. 117; ANJOS, 2013, p. 56).

No contexto desta pesquisa de revisão, práticas pedagógicas inclusivas são concebidas como todas as ações no cotidiano escolar, incluindo-se as atividades de vida diária, que visam o respeito às características individuais de cada criança e que respondem as necessidades de todos, no sentido de contribuir, positivamente, no processo de ensino-aprendizado (AOTA, 2008, p. 12).

A prática pedagógica inclusiva deve favorecer as relações significativas dentro da perspectiva de aprendizagem colaborativa, sendo capaz de remover barreiras ao acesso e a participação dessas pessoas na aprendizagem e na sociedade, essa prática deve reconhecer que as escolas devem ser tornar comunidade acolhedora com uma cultura baseada na valorização e no respeito a todos os alunos (SANTOS, et al, 2002, p. 537).

Diante dessa argumentação, a escola e sua equipe não podem se eximir do papel de buscar novos caminhos educativos, os quais exigem um repensar e reorganização

das práticas pedagógicas. O desconhecimento dessa *práxis* e das intervenções para as dispraxias implicaria na redução da eficácia de procedimento/intervenção os quais podem facilitar a realização das atividades de vida diária das crianças com autismo, favorecendo assim melhor interação dessas crianças, concedendo-lhes mais autonomia e qualidade de vida (AOTA, 2008, p. 14).

Neste contexto esse estudo teve os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

Verificar na literatura científica quais as intervenções, em uso, para o atendimento de crianças na educação especial diagnosticadas com autismo e que apresentam dispraxia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o ponto de vista dos autores levantados, sobre a dispraxia no autista.
- Apontar a eficácia dos procedimentos direcionados para as dispraxias nos autistas inseridos/incluídos no ensino regular.
- Identificar o que vem sendo utilizado pelos professores como intervenção na educação infantil em sala de aula, para a dispraxia no autismo.
- Fazer uma breve sistematização da produção do conhecimento da temática dispraxia e autismo na educação especial.

Para o referencial teórico o estudo contou com a contribuição de alguns pesquisadores como Missiuna (1994, 2003 e 2006), APA (2013), Bosa (2006), Klin (2006), apoiaram também as discussões os documentos oficiais sobre inclusão principalmente a lei 12.764/12 que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Como referencial teórico metodológico a pesquisa se embasou nos estudos de Sampaio e Mancinni (2007) que descrevem o tipo de pesquisa escolhido e adotado no estudo.

No que tange aos procedimentos metodológicos essa pesquisa utilizou-se dos passos da revisão sistemática de literatura descrita pelo grupo *Chocrane.*

Ao abordar as dispraxias nos autistas e a inclusão destes alunos no ensino regular, este estudo fará menção, no Capítulo 1, sobre a definição de conceitos como dispraxia, autismo, inclusão e educação e dispraxia.

No capítulo 2, será descrito a metodologia do estudo, com detalhamento do delineamento da revisão sistemática da literatura.

O capítulo 3 tratará da análise e discussão dos dados encontrados.

Por fim, serão feitas as considerações finais, apontando limitações do estudo bem como encaminhamentos para novas pesquisas. Seguindo-se as referências e anexos.

CONCEITOS

AUTISMO E DISPRAXIA

A primeira definição de autismo como um quadro clínico ocorreu em 1943, quando o Leo Kanner, sistematizou a cuidadosa observação de um grupo de crianças com idades que variavam entre 2 e 8 anos, cujo transtorno ele denominou de "distúrbio autístico de contato afetivo". Kanner evidenciou nos casos descritos as seguintes características: (a) inabilidade em desenvolver relacionamentos com pessoas; (b) atraso na aquisição da linguagem; (c) uso não comunicativo da linguagem após o seu desenvolvimento; (d) tendência à repetição da fala do outro (ecolalia); (e) uso reverso de pronomes; (f) brincadeiras repetitivas e estereotipadas; (g) insistência obsessiva na manutenção da "mesmice" (rotinas rígidas e um padrão restrito de interesses peculiares); (h) falta de imaginação; (i) boa memória mecânica; e (j) aparência física normal (RUTHER, 1978, p. 139).

Na mesma época em que Kanner publicou seu trabalho sobre autismo, Asperger descreveu o quadro clínico de quatro meninos de 7 a 11 anos que, apesar de guardar semelhanças com o quadro de Kanner, definiu outro quadro clínico, hoje conhecido como síndrome de Asperger. Após a descrição inicial, o próprio Kanner e Eisenberg, em 1956, elegeram dois sintomas principais para o autismo o isolamento extremo e insistência obsessiva na manutenção da "mesmice" (RUTHER, 1978, p. 160).

Apesar da descrição de Kanner o conceito de autismo foi confundido com o conceito de esquizofrenia infantil, para diferenciar a esquizofrenia do autismo ficou estabelecido que os sinais e sintomas deveriam surgir antes dos 30 meses de idade. Além disso, destacam-se em seu quadro clínico: (a) problemas no desenvolvimento social que são peculiares e se manifestam de inúmeras formas e não condizem com o nível de desenvolvimento intelectual da criança; (b) atraso e padrão alterado no desenvolvimento de linguagem com características peculiares que não condizem com o nível de desenvolvimento intelectual da criança; e (c) repertório restrito e repetitivo de comportamentos e interesses, o que inclui alterações nos padrões dos movimentos (RUTTER, 1978, p. 158).

Nos dias atuais o autismo é classificado pelo DSM – V (APA, 2013) como Transtorno do Espectro do Autismo, que se caracteriza pelo desenvolvimento acentuadamente atípico na interação social e comunicação e pela presença de um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. Os comprometimentos nessas áreas estão presentes antes dos três anos de idade, observa-se uma dificuldade qualitativa de relacionar-se e comunicar-se de maneira usual com as pessoas, desde cedo na vida (APA, 2013).

Os estudos epidemiológicos apresentam uma prevalência de aproximadamente 1 em cada 200 indivíduos (Klin, 2006, p. 10), sendo esta quatro vezes maior em meninos do que em meninas. Somente no Brasil, embora não existam dados epidemiológicos estatísticos, é estimado pela Associação Brasileira de Autismo que aproximadamente 600 mil pessoas apresentam essa síndrome sem contar aqueles que não se enquadram em sua forma típica (KLIN, 2006, p. 10).

Quanto à etiologia, muitas reformulações nos mecanismos explicativos foram realizadas, sem, entretanto, chegar-se a conclusões consistentes, no entanto, a tendência atual na definição de autismo é a de conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, com intensas implicações para o desenvolvimento global infantil. Embora ainda não haja um marcador biológico definitivo, alguns achados têm demonstrado particularidades nas áreas da genética e do funcionamento cerebral (GUPTA; STATE, 2006, p. 30).

Os sinais e sintomas clássicos do autismo são dificuldade na interação social, dificuldade na comunicação e alterações comportamentais, além dos sintomas clássicos, estudos apontam que a dispraxia pode ser uma característica fundamental do transtorno do espectro autista (DZUIK, at al, 2007, p. 736).

O termo dispraxia provém do grego “dys”, que significa dificuldade e “praxia”, que significa fazer, agir. Sua terminologia vem sofrendo modificações ao longo dos anos, sua primeira descrição aconteceu em 1900 por Collier, esse autor descreveu o termo como “maladroitness congênita”. Em 1966, o termo foi descrito como “disfunção cerebral mínima”. Em 1972, o termo dispraxia foi descrito como incoordenação motora, em 1978 síndrome da desajeitada criança, e atualmente a quinta edição do Manual Estatisticos dos Transtornos Mentais (DSM- V) considera o termo como dispraxia do desenvolvimento (GIBBS; APPLETON; APPLETON, 2007, p. 536; MISSIUNA, 2003, p. 36; APA 2013).

A dispraxia é um comprometimento acentuado da coordenação motora que interfere significativamente nas atividades da vida diária (alimentar-se, vestir-se, brincar no parquinho entre outras) e no rendimento escolar (como dificuldades na escrita) podendo ser definida como uma dificuldade de organizar e planejar os movimentos intencionais, tendo um comprometimento importante na *organização* motora ampla e fina, comprometendo muitas vezes a articulação e a fala (APA 2013).

Em crianças com transtorno autístico a dispraxia pode ocorrer em decorrência de alterações nos padrões de sulcamento cotical nos lobos frontais e temporais, como também devido ao mau funcionamento em estruturas como cerebelo, a amígdala, o hipocampo, no corpo caloso e no giro cíngulo, tais regiões cerebrais participam do processamento

de informação refrente ao ato motor (planejamento, sequenciação e execução) afetando diretamente as funções inerentes à aprendizagem da coordenação motora (LEVIT, et al, 2003, p. 730).

Acredita-se que as dispraxias afete 5 a 6% das crianças em idade escolar, e tende a ocorrer com mais frequência em meninos. Ainda hoje não existe uma explicação plausivel que possa ser considerado como etiologia das dispraxias, alguns estudos sugerem que as dispraxias tenham etiologia em fatores hereditários e ambientais e falhas em algumas conexões neuronais (RUTHER, 1978, p. 141; MISSIUNA, 2003, p. 37).

Os sintomas das dispraxias são divididos em caracteristicas fisicas, emocionais/ comportamentais. Entre as caracteristicas fisicas estão: movimentos incordenados, dificuldades com habilidade motores grossas e finas, dificuldades com atividades que requerem mundança constante na posição do corpo ou adaptação ao ambiente, equilíbrio pobre e dificuldades em escrever. Entre as caracteristicas emocionais estão: desinteresse em atividades que são de cunho motor, baixa tolerância a frustação, baixa auto-estima, falta de motivação, isolamento, resistência a mudança do ambiente (MISSIUNA, 2003, p. 35).

As dispraxias trazem uma série de consequências para o aluno. Seu contexto clínico afeta a criança e a leva ao fracasso em muitas atividades, suas consequências geram baixa auto-estima, desinteresse, dificuldades das mais variadas desde de um simples fato de se alimentar levando um garfo a boca até o abotuar de uma roupa, além dos problemas com a escrita, as dificuldades em segurar um lápis, uma caneta. A dispraxia leva a dependência de atos muitos simples do dia-a-dia, por este motivo deve ser diagnósticada e trabalhada precocemente, pois as crianças que possuem dispraxia não vão superar seus problemas, mas, estudos demonstram que, com treino extra, essas crianças podem adquirir certas habilidades e a intervenção precoce é importante para ajudar as crianças com dispraxia a aprender estratégias para compensar suas dificuldades de coordenação e se sentirem melhor consigo mesmas, como indivíduos (MISSIUNA, 2003, p. 32).

Neste contexto, é importante educar crianças com dispraxia de forma que elas se tornem conscientes, tanto de seus pontos fortes como de suas limitações; só desta forma que elas passarão a compreender como compensar qualquer dificuldade (MISSIUNA, 2003, p. 34).

O diagnóstico do autismo é clínico, feito através de observação direta do comportamento e de uma entrevista com os pais ou responsáveis. Os sintomas costumam estar presentes antes dos 3 anos de idade, sendo possível fazer o diagnóstico por volta dos 18 meses de idade. Para se obter o diagnóstico do autismo a criança avaliada tem que

preencher os critérios 1,2, e 3 do DSM- V, ou seja, a criança com autismo deve preencher os seguintes critérios diagnósticos:

1. Déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais;
2. Déficits expressivos na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social;
3. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

Lampreia (2013) cita que na maioria das vezes são os professores da educação infantil que percebem algo errado com a criança. A mesma autora recomenda aos professores, que quando houver suspeita do autismo, os professores utilize o instrumento de rastreamento ESAT, pois esse instrumento fará de forma segura o rastreamento do risco do autismo e trará segurança aos professores no momento de fazer o encaminhamento ao serviço especializado.

> O ESAT é um instrumento de rastreamento, desenvolvido por um grupo de pesquisadores holandeses, com o objetivo de identificar precocemente criança com risco de autismo, a fim de encaminha-las para avaliação diagnóstica (LAMPREIA, 2013, p. 35 apud DIETZ, et al, 2006, p. 719; SWINKELS, et al, 2006, p.725).

O ESAT consiste em um questionário composto de 14 perguntas (anexo I) a serem respondidas pelos pais das crianças. Aos 14 e 15 meses, deve ser aplicado em duas fases. A primeira com quatro perguntas iniciais e, a segunda com todo questionário, as resposta devem ser sim ou não sendo o "não" indicativo de autismo. Uma resposta "não" na primeira fase indica a necessidade de aplicação de todo o questionário, e três "não" na segunda fase, indica a necessidade de uma investigação diagnóstica mais específica e, quando necessário, o encaminhamento para intervenção precoce (LAMPREIA, 2013, p. 35 apud SWINKELS, et al*,* 2006, p. 730).

Uma vez feito o encaminhamento deste aluno o diagnóstico do autismo permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores. O uso de escalas e instrumentos de triagem padronizados ajuda a identificar problemas específicos (BRASIL, 2014, p. 8). Para o fechamento do diagnóstico de autismo, a criança deve preencher os critérios diagnósticos do DSM – V (anexo II). (APA, 2013).

Apesar, de o diagnóstico clínico ser importante, dentro de uma visão de reabilitação ele por si só não e suficiente, neste sentido é recomendável que seja feito junto ao diagnóstico clínico o nível de funcionalidade desta criança (anexo III), pois, ambos, tornam-se imprescindível, porque permite que se vejam as reais possibilidades do paciente em questão para que se estruturem programas e sistemas de suporte compatíveis (ASSUMPÇÃO JR, 2013, p. 21).

Cabe destacar que no Brasil O CID- 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), também é usado para o diagnóstico do autismo. O uso de tal classificação tem grande importância na vida prática dos pacientes e de seus familiares, pois o acesso a procedimentos, benefícios, terapêuticas, serviços especializados estão associados a CID-10 (BRASIL, 2014, p. 12).

Ao longo da doença as crianças com transtorno do espectro autista apresentam dificuldade nos domínios motores, sensoriais, de rotinas, de fala, e de aspectos emocionais (BRASIL, 2014, p. 15).

No domínio motor as dificuldades são: movimentos motores estereotipados como fazer flapping de mãos espremerem-se, correr de um lado para o outro, alinhar empilhar brinquedos de forma rígida, demonstrar obcessão por determinados objetos em movimento (como ventiladores, máquinas de lavar roupas entre outros), pode movimentar mais os membros de um lado do corpo (BRASIL, 2014, p. 15). Além desses sintomas caso a criança com autismo apresente dispraxia ela também pode apresentar dificuldades motoras em realizar gestos simples do dia-a-dia como alimentar-se, vestir-se, higienizar-se entre outros (MISSIUNA, 2003, p. 38).

No domínio sensorial as dificuldades são: necessidade de cheirar ou lamber objetos, sensibilidade exagerada a determinados sons (como barulho do liquidificador, batedeira, secador de cabelo entre outros), podendo desencadear crises de agressividade e insistência tátil (BRASIL, 2014, p. 12).

No domínio de rotinas as dificuldades são: rigidez com rotinas sem poder haver mudanças, como por exemplo, só bebem algo se utilizarem sempre o mesmo copo. Outras param de se alimentarem, exigem que os alimentos estejam dispostos no prato sempre da mesma forma. Certas crianças com TEA se sentam sempre no mesmo lugar, assistem apenas a um mesmo DVD e colocam as coisas sempre no mesmo lugar. Qualquer mudança de sua rotina pode desencadear acentuadas crises de choro, grito ou intensa manifestação de desagrado (BRASIL, 2014, p. 13).

No domínio da fala as dificuldades são: repetir palavras que acabaram de ouvir (ecolalia imediata), emitir falas ou *slogans* e vinhetas que ouviram na televisão sem sentido contextual (ecolalia tardia). Pela repetição da fala do outro, não operam a modificação no uso de pronomes. Apresentam alterações no volume e na entonação da voz (BRASIL, 2014, p. 14).

No domínio emocional as dificuldades são: expressividade emocional menos frequente e mais limitada, dificuldade para ficar no colo, dificuldade com contato corporal (BRASIL, 2014, p. 15).

Quanto ao tratamento estudos apontam que o planejamento das intervenções em linhas gerais deve ser estruturado de acordo com as etapas de vida do paciente. Neste sentido as crianças pequenas devem fazer terapia da fala, da interação social, educação e suporte familiar, já os adolescentes os alvos seriam os grupos de habilidades sociais, terapia ocupacional e sexualidade, e com adultos, questões como as opções de moradia e tutela deveriam ser focadas (BOSA, 2006).

Bosa (2006) recomenda que o tratamento siga quatro alvos básicos entre eles estão: 1) estimular o desenvolvimento social e comunicativo; 2) aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas; 3) diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e com o acesso às oportunidades de experiências do cotidiano; e 4) ajudar as famílias a lidarem com o autismo, os quais serão abordados a seguir.

Estimular o desenvolvimento social e comunicativo: neste tipo de tratamento o objetivo é estimular a comunicação, é utilizado para estes fins sistemas de comunicação por sinais alguns instrumentos são necessários, utiliza-se neste tipo de tratamento estratégias como o *Makaton, os PECS (Picture Exchange Communication System, TEACCH (Treatment and education of autistic and related comunication handercapped children) e a comunicação facilitadora e ampliada* (BOSA, 2006, p. 547).

O *Matakon* incorpora símbolos e sinais, é um sistema baseado em figuras ou fotos refletem as necessidades e/ou o interesse individuais da criança autista (BOSA, 2006, p. 548).

Os PECS (*Picture Exchange Communication System*) é um sistema em que a criança pode exercer um papel ativo utilizando velcro ou adesivos para indicar o início, alterações ou final das atividades. Este sistema facilita tanto a comunicação quanto à compreensão, quando se estabelece a associação entre a atividade/símbolos (BOSA, 2006, p. 550).

O TEACCH é um sistema altamente estruturado que combina materiais visuais para aperfeiçoar a linguagem, o aprendizado e reduzir comportamentos inapropriados, neste sistema áreas e recipientes de cores diferentes são utilizados para instruir as crianças sobre, por exemplo, o lugar apropriado para elas estarem em certo momento e qual a correspondente sequencia de atividade (BOSA, 2006, p. 548).

A Comunicação facilitada e ampliada é uma forma de comunicação alternativa e aumentativa nas quais pessoas com deficiências na comunicação se expressam apontando para objetos, figuras, palavras ou letras, ou digitando em um teclado (DIZUIK, 2007, p. 738).

Na Comunicação facilitada e ampliada, um parceiro de comunicação (facilitador) fornece vários tipos de apoio ao indivíduo durante o ato de apontar ou digitar, incluindo um apoio físico, o qual visa remediar os problemas de movimento associados à dispraxia. Com

isso, a técnica visa promover, de forma imediata, a realização de escolhas e a possibilidade de comunicação para essas pessoas, como elas nunca haviam tido antes (DIZIUK, 2007, p. 739).

Aprimorando o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas: o principal objetivo desse tipo de tratamento é oferecer a criança autista seja no ensino de educação especial, seja no ensino de inclusão ferramentas que de fato ensinem a essas crianças a utilizar as habilidades intelectuais que possuem para avançar nos níveis acadêmicos. Duas ferramentas podem ser utilizadas como mencionado anteriormente o TEACCH, que demonstra a importância da organização do ambiente, do uso de pistas visuais e o trabalho com base nas habilidades prévias da criança, em vez de focar na tentativa de superar os principais déficits do autismo. (BOSA, 2006, p. 551).

Outro enfoque que possui alguma base empírica é o método de Lovaas. É um programa comportamental intensivo, geralmente realizado na casa da criança, com pelo menos 20 horas semanais de trabalho educacional. São trabalhadas diferentes áreas do desenvolvimento tais como, linguagem, aspectos cognitivos, comportamento social (BOSA, 2006, p. 553).

Diminuir comportamentos inapropriados: o objetivo deste tratamento é diminuir os comportamentos agressivos, opositor e de obsessivos, que geralmente a criança autista apresenta, tais comportamentos são justificados pela dificuldade com a comunicação e com a própria característica da doença que é a inflexibilidade em mudança, gerando obcessões (BRASIL, 2014, p. 22).

Bosa (2006, p. 547) indica que para os casos de comportamentos inapropriados a terapia aplicada com base no comportamento pode ser uma alternativa eficaz.

O tratamento ABA envolve o ensino intensivo e individualizado das habilidades necessárias para que o indivíduo possa adquirir independência e a melhor qualidade de vida possível. Dentre as habilidades ensinadas incluem-se comportamentos sociais, tais como contato visual e comunicação funcional; comportamentos acadêmicos, tais como, pré-requisitos para leitura, escrita e matemática; além de atividades da vida diária como higiene pessoal. A redução de comportamentos tais como agressões, estereotipias, autolesões, agressões verbais, e fugas também fazem parte do tratamento comportamental, já que tais comportamentos interferem no desenvolvimento e integração do indivíduo diagnosticado com autismo (MIGUEL, 2005, p. 20).

Ajudar as famílias lidarem com autismo: o objetivo deste tratamento é ajudar as famílias a lidarem com essa situação, pois, o autismo tem impacto sobre a família e a sobrecarga dos cuidados recai principalmente nas mães. Um estudo comparou os perfis de

estresse de mães e pais de crianças com autismo, o resultado mostrou que as mães das crianças com autismo apresentaram mais estresse do que os pais. Outro estudo demonstrou que as mães das crianças com autismo apresentaram também mais depressão, e estresse do que as mães das crianças com síndrome de Down, sugerindo que a sobrecarga com o cuidado, e a natureza do déficit da criança, exerce um papel na depressão materna. (FACTOR, FREEMAN, PERRY, 1990, p. 141).

Neste sentido o suporte social é um importante recurso para a família e tem sido visto como um dos fatores-chave para o amortecimento do estresse em famílias sob estresse. A troca de informações no nível interpessoal fornece suporte emocional e um senso de pertencer a uma rede social onde operam a comunicação e compreensão mútua. Ajudar as famílias é reconhecer de que elas precisam de apoio, avaliando cada membro da família individualmente, percebendo que cada membro tem suas particularidades, seus medos, suas visões e expectativas, tanto sobre a criança como sobre sua própria necessidade, é de extrema importância ajudar os pais e demais membros da família a reconhecerem a frustração, a raiva e a ambivalência de seus sentimentos como processo normal de adaptação (FACTOR, FREEMAN, PERRY, 1990, p. 145).

INCLUSÃO

A inclusão de crianças com autismo no ensino regular se deu após os movimentos políticos educacionais, esses movimentos ditam que a inclusão escolar deve garantir não só a vaga do aluno com necessidades educacionais especiais na escola comum, mas, também, a democratização de condições de ensino que permitem o acesso ao conhecimento acadêmico.

A Educação Especial se constituiu originalmente como campo de saber e área de atuação a partir de um modelo médico, embora bastante criticado, é preciso resgatar que, os médicos foram os primeiros que despertaram para a necessidade de escolarização desses alunos que se encontrava "misturada" nos hospitais psiquiátricos, sem distinção de idade, principalmente no caso da deficiência mental. Sob esse enfoque, a deficiência era entendida como uma doença crônica, e todo o atendimento prestado a essa clientela, mesmo quando envolvia a área educacional era considerado pelo viés terapêutico (FERNANDES; GLAT, 2005, p. 125).

Nas instituições especializadas a educação dos alunos especiais era feito com base em terapias individuais como de fisioterapia, fonoaudiologia e desta forma era dada pouca ênfase a parte acadêmica a ênfase era mais médica, de cuidados com a saúde, como afirma Fernandes, Glat 2005, p. 127, "a educação escolar não era considerada como

necessária, ou mesmo possível, principalmente para aqueles com deficiências cognitivas e / ou sensoriais severas".

Nas décadas de 70 e 80 a educação especial sofreu grande impacto da psicologia e da pedagogia, e passou a ser ministrada a seus alunos com base nas análises de comportamento, nesta perspectiva "o deficiente pode aprender", tornou-se a palavra de ordem, resultando numa mudança de paradigma do "modelo médico" , predominante até então , para o "modelo educacional". A ênfase não era mais a deficiência intrínseca do indivíduo, mas sim a falha do meio em proporcionar condições adequadas que promovessem à aprendizagem e o desenvolvimento (KADLEC; GLAT, 1984, p. 35).

Porém, apesar dos avanços, este modelo não representou a garantia de ingresso de alunos com deficiências no sistema de ensino. A Educação Especial funcionava como um serviço paralelo, com métodos ainda de forte ênfase clínica e currículos próprios (BUENO, 1993, p. 59).

O modelo segregado de Educação Especial passou a ser severamente questionado, desencadeando a busca por alternativas pedagógicas para a inserção de todos os alunos, mesmo os portadores de deficiências severas, preferencialmente no sistema rede regular de ensino (como recomendado no artigo 208 da Constituição Federal de 1988).

Nesse sentido a "proposta de educação para todos" ganhou forças com a Constituição de 1988, pois essa prescreve em seus dispositivos que a educação é um direito fundamental. Para tanto, os sistemas de ensino devem organizar-se no sentido de garantir a igualdade, o acesso e a permanência de todos na escola, o art. 3º, elenca como objetivos fundamentais, a promoção do bem comum a todos, sem preconceitos de raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Ao estabelecer tais objetivos, o texto constitucional aponta as diretrizes de como deve se desenvolver a política de educação inclusiva no país, levando em consideração o direito à igualdade, com vistas ao desenvolvimento pleno e à garantia de que ao cidadão serão dadas todas as condições, no sentido de prepará-lo para o exercício da cidadania (JUNIOR; TOSTA, 2012, p. 535).

Na década de 90, a Conferência de Jomtien, ficou intitulada como Conferência Mundial sobre a Educação para Todos: satisfação das necessidades Básicas de aprendizagem, aconteceu na Tailândia, Jomtien em 1990, foi promovida pelo Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a conferência teve a participação de representantes de 155 países. Os preceitos da declaração final, intitulada Educação para Todos, ficaram sintetizados da seguinte maneira:

> a) universalizar o acesso à educação aos grupos historicamente excluídos como os pobres, as minorias étnicas, as mulheres e as pessoas com deficiência;
>
> b) promover as necessidades básicas de aprendizagem;
>
> c) promover a equidade considerando a qualidade do ensino;
>
> d) priorizar a qualidade garantindo a aprendizagem efetiva;
>
> e) ampliar os meios e raio de ação da Educação Básica, nesse caso incluindo a esfera familiar e os diversos sistemas disponíveis;
>
> f) fortalecer alianças que possam contribuir significativamente para o planejamento, implementação, administração e avaliação dos programas de Educação Básica (WCEFA, 1990, p. 119).

Desde Conferência de Jomtiem, o sistema educacional brasileiro, nos seus três níveis (federal, estadual e municipal), vem sofrendo inúmeras reformas para assegurar o ingresso e a permanência na escola. Tais reformas instituíram, entre outras medidas, a obrigatoriedade de matrícula, a idade de ingresso, a duração dos níveis de ensino, os processos nacionais de avaliação do rendimento escolar, as diretrizes curriculares nacionais, as definições para a escolarização dos alunos com necessidades especiais, entre outra (WANDERMUREM, 2011, p. 126).

Em 1994, os representantes das Nações Unidas se reuniram em Salamanca, Espanha, com a finalidade de reafirmar o compromisso com a educação especial, e elaboraram um documento que ficou intitulado como Declaração de Salamanca sobre princípios, politicas e práticas na área das necessidades educativas especiais, esse documento teve como preceito o seguinte e texto:

> Cada criança tem o direito fundamental à educação e deve ter a oportunidade de conseguir e manter um nível aceitável de aprendizagem,
>
> Cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias,
>
> Os sistemas de educação devem ser planeados e os programas educativos implementados tendo em vista a vasta diversidade destas características e necessidades,
>
> As crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades,
>
> As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes descri minatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promove a eficiência, numa óptima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo (BRASIL, 1994, p. 1).

A partir desse movimento a educação especial ganhou mais força e passou a ser mais compreendida, entendeu-se que a criança com necessidade especial deveria conviver em espaços formais e lidarem com seus pares, a Politica Nacional de Necessidade Especial passou a caracterizar a educação especial como:

> Um processo que visa promover o desenvolvimento das potencialidades de pessoas portadoras de deficiências, condutas típicas ou de altas habilidades, e que abrange os diferentes níveis e graus do sistema de ensino. Fundamenta-se em referenciais teóricos e práticos compatíveis com as necessidades específicas de seu alunado. O processo deve ser integral, fluindo desde a estimulação essencial até os graus superiores de ensino (BRASIL, 1994, p. 17).

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional mudou a configuração do ensino básico e garantiu nova forma de atendimento a educação especial que a partir da vigência desta lei, passou a ser entendida como modalidade de educação, oferecida na rede regular de ensino (BRASIL, 1996, art. 58, p. 20).

> No artigo 4º da LDBEN (1996), fica determinado que "o dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de", entre outras coisas, "atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino" (BRASIL, 1996, art. 4, inciso III).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) prevê ainda, quando necessário, "serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial", além de especificar que "o atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular" (BRASIL, 1996, art. 58, § 1º, § 2º). Ademais, vislumbra-se que o serviço de apoio especializado parece ter um caráter facultativo, já que a lei deixa claro que sua oferta se dará quando necessária

De 1996 aos dias atuais a educação especial vem ganhando forças e se estruturando em 1999, transcorridos três anos da promulgação da LDBEN, o Decreto nº 3.298/99 regulamentou a Lei nº 7.853/89, dispondo acerca da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Tal decreto prevê a oferta da educação especial preferencialmente na rede regular de ensino, além de defini-la como modalidade de educação escolar transversal a todos os níveis e modalidades de ensino (BRASIL, 2010, Art.24, II, VI, § 1º).

Em 2001, o Plano Nacional de Educação – PNE (Lei nº 10.172/2001) sinalizou para o avanço que a década da educação teria que promover para a construção de uma educação inclusiva, prescrevendo em seus objetivos e metas que os sistemas

de ensino deveriam favorecer o atendimento aos alunos com “necessidades educacionais especiais”.

Em 2003, por meio da Secretaria de Educação Especial, o Ministério da Educação (MEC) disseminou para todos os municípios do país o Projeto Plurianual de Implantação da Educação Inclusiva: acesso e qualidade para todos, com a finalidade de expandir as políticas públicas de educação inclusiva nos sistemas de ensino. No final desse mesmo ano, com a finalidade de impulsionar a implementação de sistemas educacionais inclusivos, foi lançado pelo MEC o Programa Educação inclusiva: direito à diversidade com o objetivo de apoiar a formação de gestores e educadores e disseminar a política de inclusão nos municípios brasileiros, provendo-os de condições necessárias à garantia “acesso à escolarização, à oferta do atendimento educacional especializado e à garantia de acessibilidade” a todos os alunos (BRASIL, 2010, p. 14).

Em 2005, dando continuidade ao programa de educação inclusiva, o Brasil ampliou esforços para incluir nos sistemas educacionais todos os alunos com deficiência, sendo que, a partir do ano 2006, foram criadas as salas de recursos multifuncionais por todo o território nacional. Neste mesmo ano, o Ministério da Educação lançou um documento que, entre outras coisas, apresentava o conceito desse novo espaço de atendimento.

> As salas de recursos multifuncionais são espaços da escola onde se realiza o atendimento educacional especializado para alunos com necessidades educacionais especiais, por meio do desenvolvimento de estratégias de aprendizagem, centradas em um novo fazer pedagógico que favoreça a construção de conhecimentos pelos alunos, subsidiando-os para que desenvolvam o currículo e participem da vida escolar (BRASIL/MEC/SEESP, 2006, p. 13).

No ano de 2007 os preceitos da educação inclusiva a formação de professores, as salas de recursos multifuncionais, as acessibilidades e a permanência das pessoas com necessidades educativas especiais, foram fortalecidas por políticas públicas e em 2008, a Politica Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva cria o atendimento educacional especializado. Integrada à proposta pedagógica da escola, a educação especial na perspectiva inclusiva, no que se refere ao Atendimento Educacional Especializado (AEE), afirma o seguinte: ele complementa e/ou suplementa a formação dos alunos; as atividades realizadas no AEE não são “substitutivas à escolarização” – o que, em tese, acaba com o seu paralelismo em relação ao ensino comum; são funções do AEE “identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade”, de acordo com as especificidades dos alunos; ele “disponibiliza programas de enriquecimento curricular, o ensino de linguagens e códigos específicos

de comunicação e sinalização, [...] e tecnologia assistiva"; realizar-se-á em turno inverso ao da classe comum (na própria escola ou em centro especializado), constituindo -se em oferta obrigatória dos sistemas de ensino (BRASIL, 2008a, p. 15-16).

Para reafirmar a proposta de educação especial na perspectiva de educação inclusiva em 2012 é instituída a Política Nacional de Proteção dos direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autista esta lei em seu artigo 3° elenca como direito dos autistas:

> Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:
>
> I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
>
> II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
>
> a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
>
> b) o atendimento multiprofissional;
>
> c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
>
> d) os medicamentos;
>
> e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
>
> IV - o acesso:
>
> a) à educação e ao ensino profissionalizante;
>
> b) à moradia, inclusive à residência protegida;
>
> c) ao mercado de trabalho;
>
> d) à previdência social e à assistência social.
>
> Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado (BRASIL, 2012, p. 2).

Ainda reafirmando o compromisso com a educação inclusiva destes alunos a mesma lei em seu artigo 7° cita:

> Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.
>
> § 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo (BRASIL, 2012, p. 2).

Após duas décadas de leis, decretos e políticas públicas a inclusão vem se consolidando no Brasil.

EDUCAÇÃO INCLUSIVA E DISPRAXIA

O Transtorno Autista é uma condição classificada no DSM-V como pertencente à categoria denominada Transtornos de Neurodesenvolvimento, recebendo o nome de Transtornos do Espectro Autista, é definido como um distúrbio do desenvolvimento neurológico, que deve estar presente desde a infância, apresentando déficits nas dimensões sociocomunicativa e comportamental (APA, 2013).

A dispraxia também é uma condição patológica que esta classificada no DSM – V, como dispraxia do desenvolvimento sendo um comprometimento acentuado da coordenação motora que interfere significativamente nas atividades da vida diária (alimentar-se, vestir-se, brincar no parquinho entre outras) e no rendimento escolar (como dificuldades na escrita) podendo ser definida como uma dificuldade de organizar e planejar os movimentos intencionais, tendo um comprometimento importante na organização motora ampla e fina, comprometendo muitas vezes a articulação e a fala algumas crianças autistas também apresentam a dispraxia como condição patológica (American Psychiatric Association, APA 2013; AGUIAR, UCHIKAWA, 2010, p. 512).

Ambas as características podem favorecer o isolamento da criança, empobrecendo, ainda mais, suas habilidades comunicativas, ao que a literatura é unânime em indicar diagnóstico e intervenção precoce (LAMPREIA, 2013, p. 40). Nesse sentido, a escola se constitui como um recurso fundamental para enriquecer as experiências sociais das crianças com autismo, oportunizando a interação entre pares e contribuindo para o desenvolvimento de novas aprendizagens e comportamentos (BRASIL, 2014, p. 7).

Segundo a LDB/96 a educação deve abranger os processos formativos, que se desenvolvem na vida familiar, no convívio social, sendo um dever da família e do Estado, é inspirada nos princípios de liberdade, tendo por finalidade o pleno desenvolvimento do educando. Seus princípios devem ser regidos por:

> I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
>
> II – liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;
>
> III – pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas;
>
> IV – respeito à liberdade e apreço à tolerância;
>
> V – coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
>
> VI – gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;
>
> VII – valorização do profissional da educação escolar;
>
> VIII – gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino;

> IX – garantia de padrão de qualidade;
>
> X – valorização da experiência extra-escolar;
>
> XI – vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais (BRASIL, 1996, p. 7).

O artigo 58 da LDB/96 entende que a educação especial é um a modalidade de educação escolar oferecido na rede regular, tendo inicio na primeira etapa da vida. A educação infantil tem por objetivo o desenvolvimento integral da criança dos zero aos seis anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social (BRASIL, 1996, p. 20).

A partir da Lei Nº 12.764/12, o autismo passou a ser considerada uma deficiência e não apenas um transtorno. A partir dessa lei, o autista passou a ter o direito de estudar em escolas regulares, tanto na educação básica quanto no ensino infantil. A Lei se coaduna com as propostas e as estratégias da meta quatro do novo Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 - no que tange à universalização do atendimento escolar aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, trazendo uma demanda formativa e de capacitação aos professores, incrementando o seu trabalho nas escolas regulares (BRASIL, 2014b, p. 8)

Nesta perspectiva incluir não é somente delegar à criança um espaço físico em sala de aula, é propor ao indivíduo atividades significativas capazes de promover seu desenvolvimento, incluir então seria trocar, entender, respeitar, valorizar, lutar contra a exclusão, transpor barreiras que a sociedade criou para os indivíduos, desenvolvendo autonomia através da elaboração de pensamentos e formulação de juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida (LUIZ, *et al*, 2008, p. 499).

Em uma revisão de literatura sobre as diferentes intervenções utilizadas para o autismo Bosa (2006) destaca as evidências de que a provisão precoce de educação formal, a partir dos dois anos, aliada a integração de todos os profissionais envolvidos, tem obtido bons resultados, não só para as crianças autistas, mas, para as crianças “ditas normais” que encontram na inclusão a oportunidade de lidar com o diferente (BUENO, 1993, p. 60).

No entanto, o trabalho em educação inclusiva tem sido visto como desafio, diante do pouco conhecimento sobre métodos de estimulação em meio às necessidades educativas apresentadas e à falta de recursos aos professores e alunos, sendo verificada uma lacuna entre as crenças, atitudes e práticas pedagógicas (HASSAMO, 2009, p. 115). Os autores da área sugerem mais investimentos no ensino universitário e na produção de práticas inclusivas mais adaptadas ao contexto brasileiro (MENDES, 2006, p. 388). Em estudo de revisão, Luiz *et al*. (2008, p. 499) verificaram que a inclusão, mundialmente, tem levado

a bons resultados, embora ainda haja falta de preparo dos profissionais envolvidos e da participação da família, além de uma rede de serviços que ofereça conhecimento e apoio relacionados à saúde e educação. Como entraves à expansão da educação inclusiva, citam-se a falta de materiais, problemas na adaptação do ambiente e recursos, dificuldades na efetivação de políticas educacionais, problemas organizacionais, além de falhas na formação acadêmica e profissional (FONTES, 2009, p. 205).

Tal conjuntura pode incentivar a manifestação de postura assistencialista que isola o aluno com deficiência e não motiva o crescimento (SODRÉ; PLETSCH; BRAUN, 2003, p. 207).

De fato, Sant'Ana (2005) investigou em seu estudo as concepções de professores sobre a experiência de inclusão, e seus resultados apontaram para as diversas dificuldades dos professores tais como a falta de orientação, estrutura e recursos pedagógicos (SANT'ANA, 2005, p. 109).

Jordan (2005) também aponta para necessidade de orientação aos professores, o autor afirma que é a falta do conhecimento a respeito do transtorno autístico que impede o professor de identificar corretamente as necessidades dos seus alunos (JORDAN, 2005, p. 106).

Porém, mesmo com todas as adversidades e dificuldades a inclusão se faz presente e acontece no Brasil desde 1990, prevendo o atendimento dos autistas em salas de aula comum no ensino regular com desdobramentos em salas de recurso e centros especializados (WANDERMUREM, 2011, p. 85).

A proposta de a Educação Especial (EE) estar inserida nas escolas regulares se constitui, principalmente, por meio do Atendimento Educacional especializado (AEE) nas salas de recursos multifuncionais, caracterizadas, segundo a Portaria Normativa n. 13, de 24 de abril de 2007 (BRASIL, 2007c, p. 115), como "um espaço organizado com equipamentos de informática, ajudas técnicas, materiais pedagógicos e mobiliários adaptados, para atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos".

Os planos de AEE resultam das escolhas do professor quanto aos recursos, equipamentos, apoios mais adequados para que possam eliminar as barreiras que impedem o aluno de ter acesso ao que lhe é ensinado na sua turma da escola comum, garantindo-lhe a participação no processo escolar e na vida social em geral, segundo suas capacidades. Esse atendimento tem funções próprias do ensino especial, as quais não se destinam a substituir o ensino comum e nem mesmo a fazer adaptações aos currículos, às avaliações de desempenho e a outros. É importante salientar que o AEE não se confunde com reforço escolar (ROPOLI et al, 2010, p. 23).

O AEE é realizado, prioritariamente, na sala de recursos multifuncionais da própria escola ou em outra escola de ensino regular, no turno inverso da escolarização, não sendo substitutivo às classes comuns, podendo ser realizado, também, em centro de Atendimento Educacional Especializado da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, conveniadas com a Secretaria de Educação ou órgão equivalente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios (BRASIL, 2009a, p. 2).

Neste contexto, a inclusão para as crianças com autismo, torna-se uma oportunidade de interação com os pares, sendo a base para o desenvolvimento social, com estímulo as capacidades interativas, impedindo o isolamento contínuo (BOSA, 2006, p.549).

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser uma revisão de literatura; Trata-se de uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados à literatura sobre determinado tema.

De acordo com Linde e Willich

> As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ ou conflitantes, bem como identificar temas que necessitem de evidências auxiliando nas orientações para investigações futuras (LINDE; WILLICH 2007, p. 19).

A revisão sistemática é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados à literatura sobre determinado tema.

> Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO E MANCINNI, 2007, p. 86).

A revisão sistemática de literatura é um tipo de pesquisa que possibilita o pesquisador a ter informações especializadas, detalhadas e sinteticamente resumidas sobre determinado tema, o pesquisador vai a campo, só que ao invés de visitar escolas, hospitais, fazer entrevistas, o pesquisador rastreia os dados na literatura especifica e especializada e obtêm informações relevantes ao tema abordado, permitindo desta forma, a melhor evidência cientifica, e essa evidência permite subsídios para a prática profissional.

Sampaio e Mancinni citam que:

> Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos (SAMPAIO; MANCINNI, 2007, p. 84).

Neste trabalho a revisão sistemática de literatura foi escolhida como método, porque a mesma elucida resultados de evidência cientifica, quando procuramos testar ou saber a eficácia de uma intervenção, exatamente o foco deste trabalho.

> A posição ocupada pela revisão sistemática na hierarquia da evidência ilustra a sua importância para a clínica e a pesquisa. Nessa hierarquia, quando procuramos por evidência sobre a eficácia de intervenção ou tratamento, estudos de revisão sistemática com metanálise ou sem ela, que incluem: ensaios clínicos aleatórios (ECA) e estudos experimentais, tendem geralmente a disponibilizar evidência mais forte, ou seja, são estudos mais adequados

para responder a perguntas sobre a eficácia de uma intervenção (SAMPAIO; MANCINNI, 2007, p. 85).

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2016, sendo utilizadas as bases de dados eletrônicas·: PUBMED, LILACS/SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO, CAPES.

Lilacs e Scielo: Base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é uma base cooperativa do Sistema BIREME que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Indexa artigos de cerca de 1.300 revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

Google Acadêmico: é um sistema de busca eletrônica de artigos científicos que oferece a estudantes e profissionais de diversas áreas (inclusive a área de saúde) a possibilidade de encontrar informações atuais, fidedignas e revisadas por pares, elevando em muito a qualidade da informação disponível.

Medline: base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida. Foi desenvolvida pelo *U.S. National Institutes of Health* (NIH) e administrada pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI). De acesso público, indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública.

Portal Capes: é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza as Instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção cientifica internacional. Conta com um acervo de mais de 38 mil títulos com textos completos, 126 bases referenciais, 11 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias, e obras de referencias.

Essas bases de dados foram selecionadas pelo fato de serem mais utilizadas e conhecidas pelos enfermeiros. A estratégia de busca utilizada foi à combinação de descritores isolados e a expressão "booleana[1]" que compreende os símbolos "AND" (intercessão de dois ou mais assuntos), "OR" (localização individual dos assuntos e/ou a soma de dois ou mais assuntos), "OR NOT" (exclusão de um ou mais assuntos).

---

1. Expressão booleanas: são símbolos *AND, OR* e *NOT* que informam ao sistema de busca como combinar os termos de uma pesquisa; Servem para restringir a investigação; Devem ser digitados sempre em letras maiúsculas. "AND" (intercessão de dois ou mais assuntos), "OR" (localização individual dos assuntos e/ou a soma de dois ou mais assuntos), "OR NOT" (exclusão de um ou mais assuntos).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão deste estudo foram definidos com base na pergunta norteadora deste estudo, que busca o período da publicação, a população alvo, a intervenção, mensuração do desfecho de interesse, critério metodológico, tipo de estudo. E as discordâncias foram resolvidas por consenso entre a pesquisadora e seu orientador.

- **Critérios de inclusão**

Artigos publicados no período de 2010 a 2015, com resumos disponíveis na língua portuguesa, espanhola e inglesa e francesa, que abordem as práticas interventivas em alunos em idade pré-escolar com transtorno do espectro autista e dispraxias, com delineamento experimental ou quase experimental.

- **Critérios de exclusão**

Artigos compreendidos fora do período determinado, e outras patologias como: deficiência mental, retardo mental, entre outras.

Conforme preconizado pela revisão sistemática de literatura a seleção dos estudos se deu inicialmente pela leitura dos títulos dos artigos selecionados, após isso a seleção ocorreu pela leitura dos resumos dos artigos selecionados e por fim pela leitura na íntegra dos artigos selecionados.

Para a extração dos dados dos estudos selecionados, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário já validado retirado dos estudos de URSI (2005), que se encontra no anexo IV.

Para proceder à análise e interpretação dos dados foi elaborados quadros sintéticos que possibilita localizar informações dos estudos selecionados como: nome e sobrenome do autor, ano de publicação, fonte e idioma de publicação, objetivo, método, intervenção e resultados e títulos.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

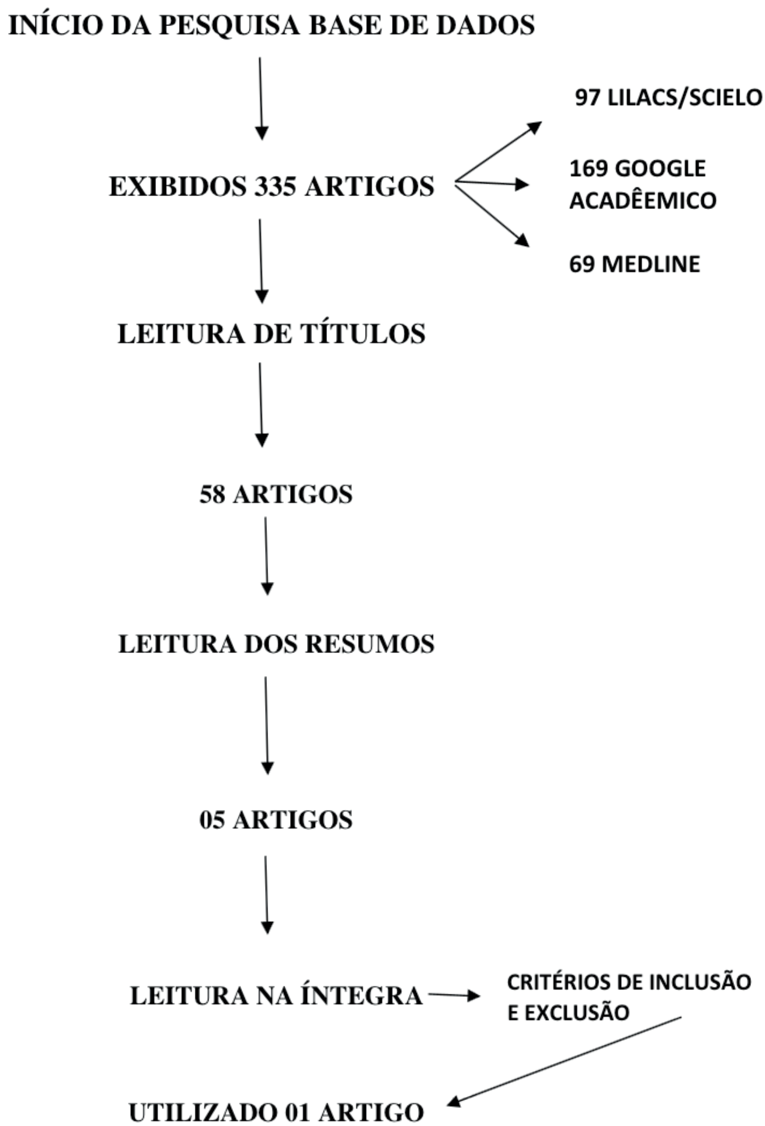
Para aperfeiçoar a busca neste estudo adotou-se como primeira estratégia o descritor relacionado com a situação clínica estudada (dispraxia) e (autismo) na segunda parte, as (intervenções). Assim, foram reunidas informações a partir dos critérios de seleção estabelecidos, sendo possível selecionar 09 artigos científicos, para compor a presente revisão. Para melhor compreensão os quadros sintéticos com os resultados serão apresentados antes do capítulo análise e discussão dos dados.

A presente revisão foi realizada após um rastreamento nas bases de dados com combinação de descritores na língua portuguesa e inglesa e uso de operadores booleanos. Os descritores foram: autismo, dispraxia e intervenção e operador booleano AND. As bases de dados foram: Lilacs, Google Acadêmico, Medline, Portal Capes. O rastreamento e a seleção da amostra foram operacionalizados da seguinte forma:

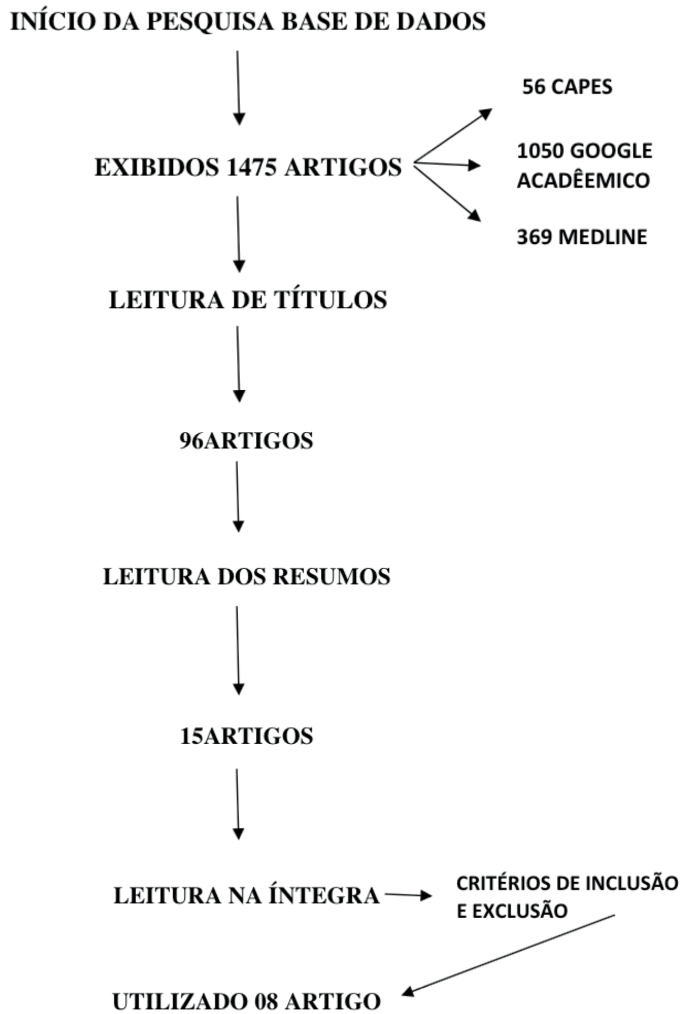
Com descritor na língua portuguesa e na base de dados Lilacs/Scielo foram encontrado 97 artigos. Deste total nenhum artigo foi aproveitado para compor a amostra. Na base de dados do Google Acadêmico foram encontrados 169 artigos, deste total foram selecionados 25 pela leitura do título, e destes, foi selecionado 01 artigo para compor a amostra por meio da leitura do resumo. Na base de dados Medline foram encontrados 69 artigos e deste total foram selecionados 20 artigos pela leitura do título, e destes 20 artigos nenhum foi aproveitado para compor a amostra. No Portal Capes não foi encontrado qualquer artigo, porque a busca foi feita apenas em programas de educação não sendo feito busca em outros programas.

Com descritor na língua inglesa e na base de dados Lilacs não foi encontrado qualquer artigo. Na base de dados do Google Acadêmico foram encontrados 1050 artigos, destes foram selecionados 30 artigos pela leitura do título, deste total foi selecionado 01 artigos para compor a amostra por meio da leitura do resumo. Na base de dados Medline foram encontrados 369 artigos deste total foram selecionados 20 artigos pela leitura do título e destes 20 artigos foram selecionados 03 artigos para compor a amostra pela leitura do resumo. No Portal Capes foram selecionados 56 artigos, deste total, foram selecionados 21 artigos pela leitura do título, e destes, foram selecionados 04 artigos para compor a amostra por meio da leitura do resumo.

Cabe explicar ainda que o método de revisão sistemática de literatura se baseia nos critérios de inclusão e exclusão de estudos para selecionar os textos que serão utilizados na amostra e por esse motivo a pesquisa se apresenta com um salto na maioria das vezes muito alto entre artigos encontrados e artigos efetivamente selecionados para a amostra. Para melhor compreensão a seguir será apresentado fluxograma co a estratégia de busca.



FLUXOGRMA 1: ESTRATÉGIA DE BUSCA LÍNGUA PORTUGUESA E BASE DE DADOS SCIELO/ LILACS, GOOGLE ACADÊMICO, MEDLINE E CAPES



FLUXOGRMA 2: ESTRATÉGIA DE BUSCA LÍNGUA INGLESA E BASE DE DADOS SCIELO/LILACS, GOOGLE ACADÊMICO, MEDLINE E CAPES

N° do artigo	Título	Ano de pub.	Autores	Idioma	Períodico
01	Equinoterapia assistida em alunos autistas e com dispraxia	2012	L. Hameury; P. Delavous; B. Teste; C. Leroy, J. C. Gaboriau	Francês	Revista de Psiquiatria
02	Eficácia de uma intervenção fundamental habilidade motor em crianças de quatro anos com autismo	2015	Emily Bremer, Robert Balogh; meghann Lloyd	Inglês	Revista de psiquiatria
03	Intervenção fundamental habilidade motor na escola para criança com autismo: pesquisa exploratória	2015	Bremer E; Lloyd M	Inglês	Revista de universidade

04	Avaliação da evolução do perfil motor de pré-escolares com necessidades educativas especiais após intervenção psicomotora breve	2015	Giuseppina Antonia Sandroni; Sylvia Maria Ciasca, Sônia das Dores Rodrigues	Português	Revista de psicopedagogia
05	O efeito de uma intervenção fundamental habilidade motora baseada em habilidade social em autistas severos	2010	Gutman Sharon A; Rafael Emily L; Ceder Leila M; Khan Arshi; Timp Katherine M; Salvant Sabrina	Inglês	Revista de terapia ocupacional
06	A influência dos programas de movimento de intervenção precoce sobre o desenvolvimento de habilidades motoras em pré-escolares com transtorno do espectro autista	2010	Milica Duronjié; Hana Valková	Inglês	Revista de terapia ocupacional
07	Eficácia da bolaterapia de cadeira na participação em sala de aula de crianças com transtorno do espectro autista	2010	Bagatell N; Mirigliani G; Patterson C; Reyes Y; Test L	Inglês	Revista de universidade
08	Coletes ponderados comportamentos estereotipados e excitação em crianças com autismo	2011	Hodgetts S; Magiell Evans J; Misiaszek JE	Inglês	Revista de autismo
09	Efeitos da modificação da sala de aula sobre atenção e o envolvimento dos alunos com autismo e dispraxia	2012	Kinnealey M; Pfeiffer B; Miller J, Roan C, Shoener R; Ellner MC	Inglês	Revista de terapia ocupacional

QUADRO I – APRESENTAÇÃO DO TÍTULO, AUTORES, ANO DE PUBLICAÇÃO, PERÍODICOS E IDIOMA.

N° do artigo	Objetivos	Método	Intervenção	Principais Resultados
01	Avaliar os efeitos da equinoterapia assistida, em crianças diagnosticadas com TEA e dispraxia motora.	Estudo experimental realizados com crianças de cinco a sete anos.	1 h de terapia assistida com cavalos	Melhora na atenção percepção, tônus muscular , ajuste motor, imitação, emoção, contato e comunicação
02	Discutir o comprometimento da capacidade motora grossa, fina e postural em crianças com autismo.	Estudo experimental com 09 crianças (sendo 05 crianças do grupo experimental, e 04 do grupo controle)	Exercícios de habilidade motora	O grupo experimental melhorou significativamente a sua manipulação de objetos, em comparação com grupo controle.
03	Demonstrar o impacto da intervenção fundamental motor habilidade de crianças com três a sete anos de idade e diagnosticadas com TEA	Pesquisa experimental com 05 crianças com TEA.	Exercícios de habilidade motora	Houve melhorias na função motora e social.

04	Avaliar e comparar o perfil psicomotor de crianças do ensino infantil com TEA	Estudo experimental com 05 crianças do nível II, participantes de uma sala de recursos multifuncionais de uma escola publica.	Sessões de intervenção psicomotora	Foi observada diferença na evolução de quatro crianças em todos os aspectos analisados.
05	Avaliar o efeito de uma intervenção motora e social em autismo	Estudo experimental, realizado com duas crianças autistas.	Role-play	Aumento estatisticamente significativo no comportamento de habilidades sócias e motoras.
06	Mensurar a capacidade de desempenho motora de crianças na pré-escola com autismo depois de oito semanas de intervenção	Estudo experimental realizado com 05 crianças em idade pré-escolar.	Intervenção: aplicação de exercícios do livro (purpose ful play) jogos propostos	04 crianças melhoraram a desempenho motor. 01 criança não apresentou melhora alguma.
07	Avaliar a intervenção de cadeira de bola em meninos autistas	Estudo experimental com crianças autistas	Cadeira de bolaterapia	Melhora na instabilidade corporal
08	Avaliar a eficácia do colete ponderado em crianças com TEA e movimentos estereotipados	Estudo experimental realizado com seis meninos com autismo.	Colete ponderado	O uso do colete não diminui o movimento estereotipado e não é bem tolerado pelas crianças.
09	Avaliar os efeitos da instalação de paredes de absorção de som e lu	Estudo experimental com crianças diagnosticadas com TEA.	Paredes de absorção de som e luz de halogeno	Melhora no envolvimento, no humor, e no conforto sensorial.

QUADRO II- APRESENTAÇÃO DE OBJETIVOS, MÉTODO, INTERVENÇÃO PRINCIPAIS RESULTADOS.

Categoria de intervenção	Intervenção	N%	%
Intervenção baseada em atividade motora ampla	Equinoterapia assistida	1	11,1
	Fundamental habilidade Motora	2	22,2
	Intervenção psicomotora breve	1	11,1
	Role play	1	11,1
	Jogos propostos	1	11,1
Intervenção baseada em atividades (motora fina)	Cadeira de bola	1	11,1
	Colete ponderado	1	11,1
Intervenção baseada em atividade sensorial	Instalação de som e peredes de absorção de luz de halogeno	1	11,1

QUADRO III – APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS DE INTERVENÇÃO

RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

O presente estudo teve como objetivo verificar na literatura científica quais as intervenções, atualmente em uso, para o atendimento de crianças na educação especial diagnosticadas com autismo e que apresentam dispraxia. Assim foi possível selecionar 09 artigos para compor a amostra deste estudo. Os resultados serão descritos abaixo.

Segundo os dados referentes à publicação dos estudos, há uma predominância de artigos científicos especializados no assunto. Quanto ao ano de publicação, os critérios de inclusão só admitiu estudos selecionados no período 2010 a 2015, sendo quatro artigos publicados no ano de 2010, um publicado no ano de 2011, um publicado no ano de 2012, nenhum artigo publicado no ano de 2013 e no ano de 2014, e três publicados no ano de 2015. Com relação ao país de origem, sete artigos foram publicados nos Estados Unidos, um artigo publicado no Canadá e um artigo publicado no Brasil. O idioma de publicação foram 07 artigos em inglês, 01 artigo em português e 01 artigo em francês, traduzido para português, e em relação à revista de publicação a maioria foi publicada em jornal de terapia ocupacional e jornal de desenvolvimento de Transtorno do Espectro do Autismo, tendo publicações também em revista de educação especial, revista de psiquiatria, revista de psicopedagogia e revista de universidade.

Em relação ao público-alvo dos estudos selecionados, observa-se que a faixa etária das crianças investigadas foi de 02 a 07 anos de idade, o tamanho da amostra utilizada pelos pesquisadores dos estudos selecionados, variaram de 01 a 50, com média amostral de 25 sujeitos. Vale ressaltar que a maioria das crianças do estudo era do sexo masculino, com proporção de cerca de 90% do sexo masculino e 10% do sexo feminino, justificado pelos autores pelos locais da pesquisa ter um público maior de meninos, e pelo fato da incidência do transtorno ser maior em meninos que em meninas, como demonstrado por diversos autores (COSTA; NUNESMAIA, 1998, p. 35; KLIN, 2006, p. 85).

Em relação aos objetivos propostos nos estudos selecionados verificou-se a existência de três tipos de objetivos avaliarem o efeito da intervenção (sete estudos), mensurar os efeitos da capacidade motora (um estudo), e demonstrar os efeitos da intervenção (um estudo).

Com relação aos resultados dos estudos selecionados emanaram três categorias de intervenção entre elas intervenção motora ampla, intervenção motora fina, a e intervenção sensorial, que será discutida em separado abaixo.

INTERVENÇÃO MOTORA AMPLA

Na categoria de intervenção motora ampla estão os estudos com as seguintes intervenções 1) equinoterapia assistida Hameury et al (2012), 2) intervenção fundamentais habilidade motor Bremer e Lloyd (2015), Bremer, Lloyd e Balogh (2015) 3) intervenção psicomotora breve Sandroni e Rodrigues (2015). 4) intervenção de role play Gutman et al (2010), 5) intervenção com jogos propostos Duronjic e Valková (2010), todos serão descritos abaixo em separado.

Intervenção motora ampla – Equinoterapia assistida



Figura 1 – Equinoterapia assistida

Fonte: www.google.com.br/search=imagens+equoterapia+assistida

Este estudo foi intitulado de equinoterapia assistida para alunos autistas e com dispraxia o objetivo proposto pelo estudo foi avaliar os efeitos desta intervenção em alunos com autismo e dispraxia foi um estudo experimental realizado com crianças de cinco a sete anos, a intervenção utilizada foi submeter essas crianças a aulas de equitação os resultados apontaram para melhora das crianças nos seguintes campos: atenção, tônus muscular, ajuste motor, imitação, emoção, contato e comunicação (HAMEURY, et al 2012, p. 25).

A Equinoterapia é um recurso terapêutico realizado com a utilização de cavalos em uma abordagem multidisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência ou com necessidades especiais. Trata-se de um tratamento complementar na recuperação e reeducação motora e mental. A indicação do tratamento é para crianças com paralisia cerebral, síndrome de down, autismo, transtorno de desvio de atenção e hiperatividade.

A autora do estudo cita que quando o cavalo anda, faz um movimento tri dimensional, ou seja, para frente e para trás, para cima e para baixo, para um lado e para o outro. Esse movimento leva informações para o sistema nervoso central da criança e causa ajustes psicomotores, que levam a melhora do equilíbrio, o alinhamento postural, o fortalecimento muscular, a quebra de padrões patológicos, traz uma mobilidade pélvica à pessoa, além do fator psicológico, onde é possibilitada a pessoa com deficiência, em contato com a natureza, que ela olhe o mundo de um novo ângulo (HAMEURY et al 2012, p. 35).

A terapia com cavalos visa exercer sistema de regulação e controle, e aumentar o tônus muscular, a consciência corporal, o equilíbrio, e a coordenação motora (HAMEURY et al 2012, p. 13).

Intervenção motora ampla – Fundamental habilidade motor



Figura 2 Intervenção fundamental habilidade motora

Fonte: www.google.com.br/search?q=imagens+de+intervenção+habilidade+ motor

Nessa intervenção, dois estudos foram apresentados, os estudos de Bremer, Balogh e Lloyd (2015), e os estudos de Bremer, Lloyd (2015).

O estudo de Bremer, Balogh e Lloyd (2015) intitulado como eficácia de uma intervenção fundamental habilidade motor em crianças de quatro anos de idade com autismo, o objetivo proposto pelo estudo estudo foi investigar a eficácia de uma intervenção de habilidade motora em alunos com TEA, foi um estudo experimental realizado com 9 crianças, sendo 05 crianças do grupo experimental e 04 crianças do grupo controle, as crianças foram submetidas a atividades de habilidades motoras e os resultados demonstraram que o grupo controle melhorou significativamente a sua manipulação de objetos em comparação com grupo controle.

O estudo de Bremer, Lloyd (2015) intitulado como intervenção fundamental habilidade motor na escola para crianças com autismo: pesquisa exploratória, o objetivo proposto pelo estudo foi demonstrar o impacto da intervenção fundamental habilidade motor em crianças com três a sete anos de idade e diagnosticadas com TEA, foi um estudo experimental com 05 crianças apresentando TEA, as crianças foram submetidas a atividades de habilidades motoras por 06 semanas, o resultados demonstraram que houve melhorias na função motora e social.

As habilidades fundamentais motoras são habilidades básicas para o desenvolvimento motor de uma criança são elas: correr, pular, girar, arremessar, apanhar, chutar, impedir entre outras. Tias habilidades são divididas em estabilização, locomoção e manipulação. Que por sua vez são divididas em estágios: inicial, elementar e maduro (BREMER, LLOYD, 2015, p. 67; BREMER, LLOYD, BALOGH, 2015, p. 982).

A intervenção fundamental habilidade motor tem por objetivo melhorar as habilidades motoras, o comportamento adaptativo, ambos os estudos apontaram resultados significativos para os autistas com dispraxia na manipulação de objetos e nos escores motores, porém, estes estudos deixam claros que futuras pesquisas com amostras maiores devem ser realizadas para se chegar a resultados consistentes (BREMER, LLOYD 2015, p. 77; BREMER, BALOGH, LLOYD, 2015, p. 989).

Intervenção motora ampla – Psicomotora breve



Figura 3: Intervenção psicomotora breve

Fonte: http://falasaoluis.com.br/c/galeria-de-fotos/

O estudo de Sandroni , Ciasca e Rodrigues (2015), intitulado como avaliação da evolução do perfil psicomotor de pré-escolares com necessidades educativas especiais após intervenção psicomotora breve, o objetivo proposto pelo estudo foi avaliar e comparar o perfil psicomotor de crianças do ensino infantil com TEA, foi um estudo experimental com crianças do nível II participantes de uma sala de recurso multifuncionais de uma escola pública, as crianças foram submetidas a sessões de um programa individual com atividades psicomotoras, os resultados deste estudo demonstraram que quatro das cinco crianças melhoraram significativamente em todos os aspectos analisados.

Os autores citam que a psicomotricidade é uma prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da sua regulação tônico-emocional, possibilitando depois o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional, este termo consiste em toda a ação realizada pelo indivíduo, consigo mesmo e com o outro. A intervenção psicomotora breve trabalha o afeto a possibilidade de economizar energia, pensando seus gestos, a fim de trabalhar a estética, e de aperfeiçoar o equilíbrio. “Psicomotricidade é o corpo em movimento” (SANDRONI, CIASCA E RODRIGUES 2015, p. 547).

Intervenção motora ampla – Role play

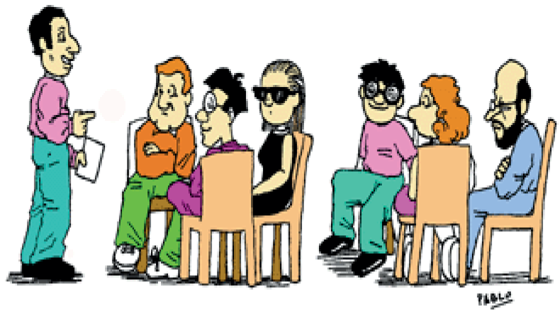




Figura 4: Técnica de role play

Fonte: www.google.com.br/search?+role+play.

O estudo de Gutman et al (2010, p. 189) intitulado como o efeito de uma intervenção fundamental habilidade motora baseada em habilidade social em autistas severos, o objetivo proposto pelo estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção motora e social em autismo, foi um estudo experimental realizado com duas crianças autistas, as crianças eram submetidas a programas de atividades físicas onde os mesmos trocavam de papéis por sete semanas, durante essas atividades era observado o comportamento de ambos em papéis trocados, os resultados demonstraram que ambos os alunos apresentaram um aumento estatisticamente significativo no comportamento de habilidades sociais e motoras.

Os autores citam que o role-play é tipicamente conhecido como uma forma de jogo em que os jogadores fingem ser outra pessoa. É muito usado nos jogos sociais onde se ajudam os alunos a compreender o comportamento social e as internações sociais, tendo sido transportado para a Psicologia sendo uma técnica amplamente utilizada em terapia, sobretudo nas terapias cognitivo-comportamentais ou analíticas. Esta técnica é utilizada

para modelar comportamentos relevantes, ajudando o cliente a descrever relações funcionais e produzir autoconhecimento diante das queixas interpessoais. Assim, a técnica de role-play, consiste na encenação de um problema ou situação na área das relações humanas, onde duas ou mais pessoas simulam uma situação hipotética de forma mais real possível. O cerne deste método está na síntese que se faz do desempenho desses papéis. É importante que a pessoa que coordene este tipo de técnica conheça bem e compreenda as pessoas que interpretam a dramatização (GUTMAN *et al* 2010).

Intervenção motora ampla – Jogos propostos



Figura 5: Jogos propostos

Fonte: www.google.com.br/search?q=+jogos+propostos

O estudo de Duronjic e Válková (2010), intitulado como a influência dos programas de movimento de intervenção precoce sobre o desenvolvimento de habilidades motoras em pré-escolares com TEA, o objetivo proposto pelo estudo foi mensurar a capacidade de desempenho motor de crianças na pré-escola com autismo depois de oito semanas de intervenção, o estudo foi experimental realizado com cinco crianças em idade pré-escolar, as crianças foram submetidas a aplicação de atividade físicas propostas pelo livro (*Purpose ful Play*) em português quer dizer jogos propostos, este livro confeccionado apenas para autistas ditam como devem ser aplicados os exercícios físicos. Neste trabalho a intervenção foi aplicada duas vezes por semana por 60 minutos, sendo aplicadas 18 atividades diferentes, respeitando a atração emocional das crianças aos jogos propostos. Após oito semanas de aplicação do método ficou evidente a melhora tanto qualitativa

quanto quantitativa dos participantes. As crianças demonstraram entusiasmo participando das atividades físicas e 4 entre 5 crianças obtiveram uma grande melhora em suas capacidades motoras. Segundo os autores o método poderia ter sido mais eficaz caso tivesse sido aplicado por um período maior de tempo. É importante salientar a importância do desenvolvimento de novas pesquisas com maiores grupos e com a presença de um grupo controle. Os autores afirmam ainda que caso a duração da intervenção fosse de 01 ano o resultado final teria sido mais preciso (DURONJIC E VALKOVÁ, 2010, p. 240)

INTERVENÇÃO BASEADA EM ATIVIDADES MOTORAS FINAS

Na categoria de intervenção baseada em atividades motoras finas estão as seguintes intervenções. 1) intervenção de cadeira de bola Bagatell et al (2010), 2) intervenção com colete ponderado Hodegtts, Magill-Evans e Missiaszek (2011), todos serão descritos abaixo em separado.

Intervenção baseada em atividades motoras finas – Cadeira de bola



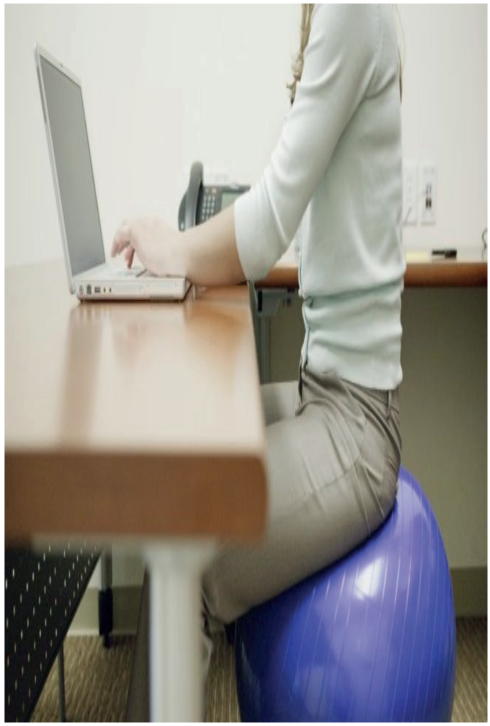


Figura 6: Intervenção de cadeira de bola

Fonte: www.google.com.br/search?q= cadeira+de+bola.

O estudo de Bagatell et al (2010) intitulado como eficácia da bolaterapia de cadeira na participação em sala de aula de criança com transtorno do espectro autista, o objetivo proposto pelo estudo foi avaliar a intervenção de cadeira de bola em meninos autistas, foi um estudo experimental com 06 meninos autistas em sala de aula, as crianças foram submetidas a intervenção com bola medicinal onde as crianças participavam das aulas sentadas em bolas medicinais, os resultados apontaram para um efeito positivo sobre o comportamento dos meninos.

Os autores citam que a terapia com cadeira de bola, ou bola medicinal tem por objetivo aumentar à força muscular evitando à atrofia, aumentar a coordenação motora a mobilidade articular e a flexibilidade. Consiste na fusão equilibrada do treino da força, da flexibilidade e do treinamento neuromuscular, sempre mantendo a conexão corpo-mente (BAGATELL, et al, 2010, p. 897).

Intervenção baseada em atividades motoras finas – Colete ponderado



Figura 7: Colete ponderado

Fonte: www.google.com.br/search?colete+ponderado

O estudo de Hodgetts, Magill-Evans e Misiaszek (2011), intitulado como coletes ponderados comportamentos estereotipados e excitação em crianças com autismo, o objetivo proposto pelo estudo foi objetivo de avaliar a eficácia do colete ponderado em crianças com TEA e movimentos estereotipados, foi um estudo experimental realizados com seis meninos com autismo que apresentam muitos movimentos estereotipados, os meninos foram submetidos a usar os coletes por sessões de uma hora os resultados apontaram que o colete não diminuiu o movimento estereotipado e que também o colete não era bem tolerado pelas crianças.

Os autores citam que comportamentos estereotipados são muito heterogêneos. Eles podem ser verbais ou não verbais, motores, finos ou grosseiros, ou envolvem complexas rotinas e rituais. Exemplos comuns incluem o clique comportamentos estereotipados dos dedos, balançar o corpo, agitar as mãos, cheirar e arranhar objetos, girar objetos, dedos ou objetos passando por seu campo de visão, e ecolalia imediata e tardia. As teorias mais aceitas diz sobre os comportamentos estereotipados são as que executam homeostático e ativo homeostático, teoria esta que pressupõe que comportamentos estereotipados podem aumentar ou diminuir os níveis de excitação em função de uma criança, ser hipo ou hiper-sensível às estímulos sensoriais. É comum que pessoas com autismo têm disfunção sensorial, e respostas anormais a estímulos sensoriais podendo refletir a modulação pobre da inibição e excitação em função do sistema nervoso. Uma estratégia comum de

intervenção na sala de aula é a estimulação somatosensorial passiva através da aplicação de coletes ponderados. O uso desses coletes é baseado na teoria de integração sensorial, que assume que as entradas sensoriais, especialmente tátil e proprioceptiva, melhoram a função neurológica e diminuem os problemas causados pela disfunção sensorial (HODGETTS, MAGILL-EVANS, MISIASZEK, 2011, p. 807).

INTERVENÇÃO BASEADA EM ATIVIDADES SENSORIAIS

Na categoria de intervenção baseada em atividades sensoriais aparece a seguinte intervenção. 1) Instalação de paredes de absorção de som e luz de halógeno Kinnealey et al (2012). Que será descrito abaixo.

Intervenção baseada em atividades sensoriais – Instalação de paredes de absorção de som e luz de halógeno



Figura 8: paredes de absorção de som e luz de halógeno.

Fonte: www.google.com.br/search?+paredes+de+absorção+de+som+luz+halogéno.

O estudo de Kinnealey et al (2012) intitulado como efeitos da modificação da sala de aula sobre atenção e o envolvimento dos alunos com autismo e dispraxia,o objetivo proposto pelo estudo foi avaliar os efeitos da instalação de paredes de absorção de som e iluminação de halógeno, foi um estudo experimental com crianças pré-escolares e diagnosticadas com TEA e dispraxia, as escolas entraram em reforma e foram instaladas

paredes de absorção de som e luz de halógeno, após as obras os alunos passaram a ter aula nessas novas salas de aula, os resultados demonstraram que após a intervenção os alunos apresentaram melhoras no envolvimento, no humor, e no conforto sensorial.

Os autores citam que os alunos autistas exibem grande sensibilidade sensorial a estímulos ambientais e essa sensibilidade geralmente afeta o engajamento em atividades de aprendizagem em sala de aula. O mesmo autor propôs em seu estudo determinar se os alunos teria mudança na aprendizagem após a instalação de paredes de absorção de som e iluminação de halógeno. Após duas semanas da reforma foi medido o desempenho dos alunos em sala de aula, os resultados apontaram para um aumento da frequência e da estabilidade desse aluno na sala de aula, melhorando também o conforto e o humor (KINNEALEY, et al, 2012, p. 515)

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Como se pode observar no capítulo de resultados, este estudo apresentou três categorias de intervenção com 06 técnicas. Entre as categorias e técnicas estão: intervenção motora ampla com as técnicas de equinoterapia assistida, fundamental habilidade motor, psicomotora breve, role-play e jogos propostos; intervenção motoras finas com as técnicas de bolaterapia e colete ponderado; e intervenção sensorial com a técnica de paredes de absorção de som e luz de halógeno.

Foi observado neste estudo, que todas as técnicas apresentadas se mostraram positivas, e benéficas a questão central, as dispraxias, porém, essas fogem da realidade das escolas públicas brasileiras por serem técnicas que necessitam de mão de obra especializada, ou seja, mão de obra não só de professores, mas também de outros profissionais, como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outros.

Sabemos que no sistema atual de educação principalmente nas escolas públicas, os recursos humanos se concentram majoritariamente em professores, porém, é importante destacar que após a promulgação da lei da inclusão a tarefa de educar não deveria se fadada somente ao professor; é necessário um repensar sobre o que é incluir no sentido de inserir e não incluir para excluir.

> A Letra das leis, os textos teóricos e os discursos que proferimos asseguram os direitos, mas o que os garante são as efetivas ações, na medida em que se concretizam os dispositivos legais e todas as deliberações contidas nos textos de políticas públicas. Para tanto, mais que prever há que prover recursos de toda a ordem, permitindo que os direitos humanos sejam respeitados, de fato.
>
> Inúmeras são as providências políticas, administrativas e financeiras a serem tomadas, para que as escolas, sem discriminações de qualquer natureza, acolham a todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras... (CARVALHO, 2004, p. 77).

É consenso geral que o processo educacional deve ser feito pelo professor e nesse campo é inegável que os professores avançam, pois, são muitas as metodologias usadas hoje em dia para o processo de ensino-aprendizado de crianças autistas, mas, o incluir no sentido de inserir não deve considerar somente o processo educacional, esse incluir deve considerar a criança como um todo com todas as suas limitações e potencialidades.

Pensar em inclusão de uma criança com transtorno do espectro autista é pensar em uma criança com suas limitações não apenas no processo educacional, mas sim pensar em uma criança que vai apresentar limitações na fala, na interação social e no caso deste estudo limitações nos movimentos motores.

Sabemos que crianças com transtorno do espectro autista apresentam idade motora geral abaixo do esperado para a idade cronológica e que as dispraxias são um núcleo potencial característico das perturbações deste transtorno, e que o tratamento desta limitação deve considerar intervenções destinadas a melhorar esses déficits, incluindo desempenho motor e coordenação motora como: marcha, equilíbrio, funções do braço, e planejamento do movimento (FOURNIER, *et al* 2010, p. 1230).

> Neste sentido é importante que o planejamento pedagógico da escola inclua atividades estruturadas e sistematizadas, voltadas para o desenvolvimento psicomotor de seus alunos, pois, sabe-se que um dos aspectos fundamentais para a saúde infantil é o conhecimento sobre o processo normal de maturação e desenvolvimento motor da criança, pois, desse modo pode-se fazer o diagnóstico e tratamento precoce daqueles que tem problemas no desenvolvimento, tal fato é importante não so no tocante da área clínica, mas também no contexto escolar (NETO, et al, 2011, p.16).

A inserção de profissionais que trabalhem a motricidade dessas crianças na escola justifica-se uma vez em que o acompanhamento da aptidão motora de uma criança em idade escolar constitui atitude preventiva quanto a aprendizagem, uma vez que a capacidade motora são componentes básicos da leitura e da escrita assim como das simples tarefas do dia-a-dia (CONNOLY, 2000, p.13).

> Segundo Azevedo e Gusmão (2016) as experiências motoras da criança são decisivas na elaboração progressiva das estruturas que, aos poucos, dão origem às formas superiores de raciocínio, isto é, em cada fase do desenvolvimento ela consegue uma determinada organização mental que lhe permite lidar com ambiente e com conteúdo acadêmico (AZEVEDO E GUSMÃO, 2016, p. 78).

Assim faz-se necessário que os profissionais da área de educação, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros enfoquem as necessidades motoras, visio-motoras e psicomotoras desses escolares em situação de aprendizagem, visando proporcionar a diminuição do impacto das manifestações comportamentais e sociais e, desta forma, favorecer melhor qualidade de vida social e acadêmicas, além de maior independência funcional da pessoas com TEA.

Neste contexto de pesquisa, torna-se imprescindível que não só a escola, mas, também toda a sociedade busque alternativas para que o processo de inclusão de alunos com necessidades especiais seja uma inclusão no sentido de inserir e não de excluir.

CONCLUSÃO

Ao chegar ao final deste estudo chega-se a conclusão que o autismo é uma doença do neurodesenvolvimento e por este motivo deve ser diagnosticado o mais precocemente, e se possível, até a criança completar três anos de vida.

Que entre todos os tratamentos utilizados o processo educacional é bastante eficaz, porém, esse processo deve considerar a criança com TEA como um todo com suas limitações e potencialidades, dentro deste contexto este estudo apresentou técnicas de intervenção que se mostraram eficientes não só para o processo educacional, mas também para as limitações físicas que a criança com transtorno do espectro autista apresenta apesar das técnicas se mostrarem positivas elas fogem da realidade das escolas públicas brasileira.

A pesquisa revelou também dificuldade em encontrar artigos que abordasse o tema na literatura nacional e talvez esse dado explique o porque as técnicas apesar de apresentarem resultados positivos não se enquadram na realidade do Brasil.

Um resultado evidenciado foi que para a inclusão acontecer de fato é preciso que outros profissionais como psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas atuem no processo de inclusão.

È importante assinalar que não tive a pretensão em ditar regras sobre as melhores intervenções para as dispraxias nos autistas, tampouco, de apontar erros ou acertos em sua realização, as observações e relatos aqui apresentados teve a intenção apenas de apontar ao leitor o que vem sendo utilizado a titulo de intervenção para as dispraxias no autismo.

Considero que a inclusão no sentido de inserir alunos com necessidades educacionais especiais em classes regulares de ensino é um caminho correto a ser seguido, porém, é prudente citar que o aluno com necessidades educacionais especiais deve ser incluído quando as suas condições assim o permitirem e quando a inclusão significar para este um benefício, desta forma ratifico que a inclusão não deve eliminar a existência da educação especial.

Por fim, os resultados dessa pesquisa evidenciaram que para acontecer a inclusão no sentido de inserir é necessário que haja a união e os esforços de profissionais da educação e da saúde, na busca de atender esse aluno como um todo em suas potencialidades e limitações.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. L; UCHIKAWA, R. **Dispraxia no autismo e apoio físico na comunicação facilitada.** Pernambuco: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <http://www.rbtv.associadosdainclusao.com.br/index.php/principal/article/view/151/267>. Acesso em: 18 abr. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Edição Revisada (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed; 2002.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

ANJOS, A. R. dos. **Cultura lúdica e infância: contribuições para a inclusão da criança com transtorno global do desenvolvimento.** (Dissertação de Mestrado) 172 f. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2013. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/prppg/ext/mono.php?progpess=14042&curso=1&prog=30001013001P1>. Acesso em: 05 abr. 2016.

AOTA – American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process 2nd edition. **Am J Occup Ther.**, n. 62, v. 6, p. 625-683, 2008. Disponível em: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1864918>. Acesso em: 15 abr. 2016.

ASSUMPÇÃO JR, F.B**.** O diagnóstico descritivo nos Transtornos do Espectro Autístico. In NUNES, L.R.O.P; SUPLIMO.M; WALTER, C.C.F. (org). **Ensaios sobre autismo e deficiência múltipla.** Marilia: ABPEE: Marquenzine & Manzini, 2013.

BAGATELL N. et al. Effectiveness of therapy ball chairs on classroom participation in children with autism spectrum disorders. **Am. J. Occup. Ther.,** n. 64, v. 6, p. 895-903, 2010**.** Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21218680>. Acesso em: 30 mar. 2016.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 28, n. 1, p. 547-553, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v28s1/a07v28s1.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2016.

BRASIL, **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem Jomtien, 1990. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf. Acessado em: 05/04/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 4 de 2010**. Define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica, 2010.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: UNESCO, 1994.

BRASIL. MEC/SEESP. Ministério da Educação. **Sala de Recursos Multifuncionais: Espaço para Atendimento Educacional Especializado**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução no 4, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. **Diário Oficial da Educação,** Seção 1, p. 17. Brasília: 2009a.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa no 13, de 24 de abril de 2007. Dispõe sobre a criação do "Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2007c.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.571 de 17 de setembro de 2008. **art. 60 da Lei n. 9.394/96**, acrescenta dispositivo ao Decreto n. 6.253/2007. Brasília, 2008.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

BRASIL. Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012. **Política Nacional de Proteção de Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autístico.** Brasilia: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA),** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREMER, E; LLOYD, M. School-Based Fundamental-Motor-Skill Intervention for Children With Autism-Like Characteristics: An Exploratory Study. **Adapt. Phys. Activ.**, v. 33, n. 1, p. 66-88, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26785501>. Acessoem: 30 mar. 2016.

BREMER, E; BALOGH, R; LLOYD, M. Effectiveness of a fundamental motor skill intervention for 4-year-old children with autism spectrum disorder: A pilot study. **Autism November 2015,** vol. 19 no. 8 980-991, 2015. Disponível em: <http://ifp.nyu.edu/2015/journal-article-abstracts/effectiveness-of-a-fundamental-motor-skill-intervention-for-4-year-old-children-with-autism-spectrum-disorder-a-pilot-study/> Acessoem: 30 jun. 2016.

BUENO, J. G. S. **Educação Especial brasileira: integração / segregação do aluno diferente.** São Paulo: EDUC/PUCSP, 1993.

CHIOTE, F. A. B. **A mediação pedagógica na inclusão da criança com autismo na educação infantil.** (Dissertação) 188 f. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, 2011. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5617_Fernanda%20de%20Araujo%20Binatti%20Chiote.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2016.

CORREIA, H. C. **A inclusão da criança com autismo em uma escola de educação infantil.** (Dissertação), 186 f. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação, 2012. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5617_Fernanda%20de%20Araujo%20Binatti%20Chiote.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

COSTA, M. I. F; NUNESMAIA, H. G. S. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. **Rev. Arq. Neuropsiquiat.** São Paulo, v. 56, n.1, p. 24-31, 1998. Disponível em <www.scielo.br/pdf/anp/v56n1/1860.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

DURONJIĆ, MILICA, VALKOVA, HANA. The influence of early intervention movement programs on motor Skills development in preschoolers with autism spectrum disorder (case studies). **Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymn**, v. 40, n. 2, p. 237-240, 2010. Disponível em: http://www.gymnica.upol.cz/pdfs/gym/2010/02/04.pdf. Acessado em: 30/03/2016.

DZIUK, M.A. et al. Dyspraxia in autism: association with motor, social, and communication deficits, **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, n. 3, p. 734-739, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17880641>. Acesso em: 16 abr. 2016.

FACTOR, D.C; PERRY, A; FREEMAN, N. Stress, social support, and respite care use in families with autistic children. **J. Autism. Dev. Disord**., v. 20, n. 1, p. 139-146, março 1990. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2324052. Acesso em 24 jun. 2016.

FERNANDES, M. E; GLAT, R. Da Educação Segregada à Educação Inclusiva: uma Breve Reflexão sobre os Paradigmas Educacionais no Contexto da Educação Especial Brasileira. **Revista Inclusão**, n. 1, 2005.

FONTES, R. S. **Ensino colaborativo: uma proposta de educação inclusiva**. Araraquara: Junqueira & Marin, 2009.

FOURNIER, K. A. et al. Motor coordination in autism spectrum disorders: a synthesis and meta-analysis. **J. Autism. Dev. Disord.** n. 40(10), p. 1227-40. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20195737>. Acesso em: 19 ago. 2016.

GIBBS, J; APPLETON, J; APPLETON, R. Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unraveling the enigma. **Arch Dis Child,** v. 92, n. 6, p. 534-539, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2066137/>. Acesso em: 18 jun. 2016

.

GUPTA, A; STATE, M. Autismo: genética. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, n. 28 (Supl I), s. 29-38, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a05v28s1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

GUTMAN, S. A. et al. The Effect of a motor-based, social skills intervention for adolescents with high-functioning autism: two single-subject design cases. **Occupational Therapy International**,, v. 17(4), p. 188-197. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20672254>. Acesso em: 20 jun. 2016.

HASSAMO, I.C.S. **Relacao entre crencas, atitudes e praticas pedagogicas de professores na inclusao de alunos com deficiencia mental.** (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2009.

HAMEURY, L. et al. Equith_erapie et autisme. **Annalesmediopsychologiques**, 2010. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00690278/document>. Acesso em: 01 abr. 2016.

HODGETTS, S; MAGILL-EVANS J; MISIASZEK J. E. Coletes ponderada, Excitação e Comportamentos Estereótipo em Crianças com Autismo. **J. Autism. Dev. Disord. 41,** p. 805-814. 2011. Disponível em: <autismoemgoiania.blogspot.com.br/2011/12/coletes-ponderadacomportamentos.html>. Acesso em: 05 mar. 2016.

JORDAN, R. Managing autism and aspergr's syndrome in current educacional provision. **Pediatr. Rehabil.** v. 8, n. 2, p. 104-112, 2005.. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16089250>. Acesso em: 05 mar. 2016.

JUNIOR, M. E; TOSTA, L. I. E. 50 anos de politica de educação especial no Brasil: movimentos, avanços e retrocessos. **Seminário de pesquisa em educação da região Sul**, 2012.

KADLEC, V. P. S; GLAT, R. **A criança e suas deficiências: métodos e técnicas de atuação psicopedagógica.** Rio de Janeiro: Editora Agir, 1984.

KHOURY, P. L. et al. **Manejo comportamental de crianças com transtornos do espectro do autismo em condição de inclusão escolar.** São Paulo: 2014. Disponível em: <http://memnon.com.br/produto/manejo-comportamental-de-criancas-com-transtornos-do-espectro-do-autismo-em-condicao-de-inclusao-escolar/>. Acesso em: 23 jun. 2016.

KINNEALEY, M. et al. Effect of classroom modification on attention and engagement of students with autism or dyspraxia**. Am. J. Occup. Ther.**, v. 66, n. 5, p. 511-9, 2012. Disponivel em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22917117>. Acesso em: 29 mar. 2016.

KLIN, A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 28, n. 1, p. 3-11, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462006000500002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 mar. 2016.

LAMPREIA, C. A capacitação de educadores para a vigilância de Sinais Precoce do Autismo. In NUNES, L.R.O.P; SUPLIMO.M; WALTER, C.C.F. (org). **Ensaios sobre autismo e deficiência múltipla.** Marilia: ABPEE: Marquenzine & Manzini, 2013

.

LAMPREIA,C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia.** N. 24(1) p. 105-114. Campinas: janeiro - março 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a12.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LAMPREIA, C; FIORE-CORREIA, O. A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentista para crianças autistas. **Psicol. cienc. prof. [online]**, v. 32, n. 4, p. 926-941. 2012. Dispinível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LEVIT, J. G. et al. Cortical Sulcal Maps in Autism. **Cerebral Cortex** Volume 13, Issue 7 Pp. 728-735. Disponível em: <http://cercor.oxfordjournals.org/content/13/7/728.full>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LINDE, K; WILLICH, S. N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. , **J. R. Soc. Med,** v. 96, n.1, p. 17-22, 2003. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519797>. Acesso em 19 dez. 2015.

LUIZ, F.M.R. et al. A inclusão da criança com Síndrome de Down na rede regular de ensino: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Educação Especial***,* Marília, v. 14, n. 3, p. 97-508, 2008.

MENDES, E. G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educacao Especial,** v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006.

MIGUEL, C. ABA- Analise aplicada de comportamento. **Boletim Autismo Brasil,** n. 2, junho de 2005. Disponível em: <https://sites.google.com/site/desvendandooautismo/aba---analise-aplicada-docomportamento>. Acesso em: 24 jun. 2016.

MISSIUNA, C. et al. Parental questions about developmental coordination disorder: A synopsis of current evidence. **Paediatr Child Health,** v. 11, n. 8, 2006, p. 507–512. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528644/>. Acesso em: 18 jun. 2016.

MISSIUNA, C; POLATAJKO, H; FOX, M. An international consensus on children with developmental coordination disorder. **Canadian Journal of Occupational Therapy.** v.2, n1, p. 3-6. 1994. Disponivel em: <http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=KVnpHhIAAAAJ&citation_for_view=KVnpHhIAAAAJ:JoZmwDi-zQgC>. Acesso em: 15 abr. 2016.

MISSIUNA, C. et al. **Early identification and risk management of children with developmental coordination disorder,** v. 15, n. 1, p. 32-38, 2003. Disponível em: <http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=KVnpHhIAAAAJ&citation_for_view=KVnpHhIAAAAJ:LkGwnXOMwfcC>.

NAUJORKS, M. I. Stress e inclusão: indicadores de stress em professores frente à inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais. **Revista Cadernos de Educacao Especial**, v. 20, p. 117-125. Santa Maria, 2002.

NETO, F. R. et al. O esquema corporal de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 15, N. 1, p. 15-22. São Paulo. Janeiro/Junho de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v15n1/02.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10)**. OMS, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>. Acessado em: 15/03/2016.

OKUDA, P. M; MISQUIATTI, A. R. N; CAPELLINI, S. A. Caracterização do perfil motor de escolares com transtorno autístico. **Rev. Educ. Espec., Santa Maria**, v. 23, n. 38, p. 443-454, set./dez. 2010 Disponível em: <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial> Acesso em: 19 ago. 2016.

PAULA, C. S. et al. Brief report: prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 12, p. 1738-1742. 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21337063>. Acesso em: 10 mar. 2016.

RICE, C. Prevalence of Autism Spectrum Disorders. **Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network**, United States, n. 14, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>. Acesso em: 05 mar. 2016.

ROPOLI, E. A. et al. **A educação especial na perspectiva da inclusão escolar: a escola comum inclusiva.** Brasília: MEC/SEESP, 2010. (Coleção A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Ecolar, v.1).

RUTTER M. Diagnosis and definition of childhood autism. **J. Autism. Child. Schizophr.**, v. 8, n.2, p. 139-161, 1978. Disponivel em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n3/a15v13n3.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SACKER, A; SCHOON, I; BARTLEY, M. Social inequality in educational achievement and psychosocial adjustment thoughout childhooh: magnitude and mechanisms. **Soc. Sci. Med.** V. 55, n. 5, p. 863- 880, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190276>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SAMPAIO, F. R; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. Fisioter.,** São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

SANT'ANA, I. M. Educação inclusiva: concepções de professores e diretores. **Psicologia em Estado**, n. 10, p. 227-234. 2005.

SANTOS, M. P. et al. Educação especial: redefinir ou continuar excluindo? **Integração,** v. 14 n. 24, p. 30-33. 2002. Disponível em: <http://www.lapeade.com.br/publicacoes/artigos/EdEspredefinir%20ou%20continuar%20excluindo.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2016.

SANDRONI, G. A; CIASCA, S. M; RODRIGUES, S. D. Avaliação da evolução do perfil motor de pré-escolares com necessidades educativas especiais após intervenção psicomotora breve. **Rev. psicopedag.** v. 32 n. 97. São Paulo. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103848620150001000002> Acesso em: 11 ago. 2016.

SODRÉ, J; PLETSCH, M. D; BRAUM, P. A. Formação inicial e continuada de recursos humanos para a prática docente frente à educação inclusiva. In: NUNES SOBRINHO, F.P. (Org.). **Inclusão educacional - pesquisa e interfaces**. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2003.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura.** (Dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct =j&q=&esrc=s&so urce=web&cd=2&ved=0ahUKEwidyubYyoHKAhXGkZAKHVosA14QFggmMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22132%2Ftde-18072005095456%2Fpublico%2FURSI_ES.pdf&usg=AFQjCNH7mPc6NA9UyvFcxOR5rOLgvRfZcw&sig2=4Fe_mnv0v_zpoSjlU2yhuw&bvm=bv.110151844,d.Y2I>. Acesso em 20 dez. 2015.

VASCONCELOS, T; CAVALCANTE, L. Avaliação das atividades de vida diária. **Rev Ter Ocup Univ**. São Paulo. V. 24, n. 3, p. 267-72, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n4/a05v11n4>. Acesso em: 11 abr. 2016.

WANDERMUREM, F. V. **A olimpíada de integração do município de duque de caxias: concepções em jogo.** (Dissertação de Mestrado). Petrópolis: Universidade católica de Petrópolis, 2011.

WCEFA - CONFERÊNCIA MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS. **Declaração mundial sobre educação para todos e Plano de ação para satisfazer as necessidades Básicas de aprendizagem.** Jomtien, Tailândia: março de 1990.

Connoly K. Desenvolvimento motor: Passado, presente e futuro. Rev Paul Educ Fís 2000; 14:6-15. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264543850_Efeitos_da_intervencao_motora_em_uma_crianca_com_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo. Acessado em 26 de setembro de 2016.

AZEVEDO, A.; GUSMÃO, M. A importância da fisioterapia motora no acompanhamento de crianças autistas. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde,** Salvador, v. 3, n. 3, p. 76-83, jan./jun. 2016. Disponível em: http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/A-import%C3%A2ncia-da-fisioterapia-motora-no-acompanhamento-de-crian%C3%A7as-autistas-n-3-v-3.pdf. Acessado em: 20 de setembro de 2016.

ANEXOS

[1]ANEXO I – ESAT *(EARLY SCREENING OS AUTISTIC TRAITS QUESTIONARE)*

Questionário para rastreamento precoce de traços autÍsticos			
Nome: Sexo: Data de nascimento: Idade: Responsável: Avaliador: Data: Instituição:			
	ITENS	SIM	NÃO
1	A criança se interessa brincar com vários tipos de brinquedos?		
2	A criança pode brincar com brinquedos de maneira variada (não só remexendo, botando na boca, jogando no chão)?		
3	Quando a criança expressa seus sentimentos, por exemplo, chorando o sorrindo, isso ocorre, na maioria das vezes, nos momentos esperados ou apropiados?		
4	A criança reage de forma normal a estimulação sensorial, frio, calor, luz, som, dor ou cócegas?		
5	Você consegue dizer facilmente so de olhar o rosto da criança como ela se sente?		
6	É fácil fazer com que a criança olhe nos seus olhos?		
7	Quando a criança e deixada sozinha por algum tempo, ela tenta atrair sua atenção, por exemplo, chorando ou te chamando		
8	O comportamento da criança está livre de movimentos repetitivos estereotipados como bater a cabeça ou movimentar o corpo para frente e para traz?		
9	A criança traz objetos ou mostra algo para você por iniciativa própria		
10	A criança se mostra interessada por outras crianças e adultos?		
11	A criança gosta de receber carinho?		
12	A criança costuma sorrir para você ou para outras pessoas?		
13	A criança gosta de brincar com outras pessoas, por exemplo, de esconde esconde, cavalgar nos joelhos, ser balançado?		
14	A criança reage quando ela é chamada, por exemplo, olhando, escutando, falando ou balbuciando?		
	Total:		

1. Os anexos I, II, III, apresentados são norteadores para fechamento de diagnóstico e rastreamento de sinais e sintomas do autismo. O anexo I diz respeito a rastreamento dos sinais e sintomas do autismo. O anexo II são os critérios diagnósticos do DSM – V, o anexo III diz respeito aos níveis de funcionabilidade do autista, afim de diagnóstico de sua funcionalidade.
O anexo IV – é o instrumento que foi utilizado para realizar a coleta dos dados nos estudos selecionados.

ANEXO II- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DSM - V

Critérios Diagnósticos do DSM-V (APA, 2013): Transtorno do Espectro do Autismo. Deve preencher os critérios 1,2 e 3 que seguem: 1- Déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas de todas as maneiras seguintes: a. Déficit expressivo na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social; b. Falta de reciprocidade social; c. Incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento. 2- Padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos duas maneiras abaixo: a. Comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais incomuns; b. Excessiva adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento; c. Interesses restritivos, fixos e intensos. 3- Os sintomas devem estra presentes no inicio da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacitações.

ANEXO III- NÍVEIS DE FUNCIONALIDADES DO TEA

Níveis de Funcionalidade nos transtornos do espectro Autístico (APA, 2013)		
Gravidade	Comunicação Social	Comportamentos repetitivos e interesses repetitivos
Nível 3 requer muito grande suporte	Graves déficits em comunicação social verbal e não verbal que ocasionam graves prejuízos em seu funcionamento; interações sociais muito limitadas e mínima resposta ao contato social com outra pessoas	Preocupações, rituais imutáveis e comportametno repetitivo que interferem grandemente no funcionamento em todas as esferas. Acentuado desconforto quando rituais ou rotinas são interrompidas, grande dificuldade em redirecionar interesses fixos ou retornar oara outros rapidamente.
Nível 2 requer grande suporte	Graves déficits em comunicação social verbal e não verbal aparecendo sempre, mesmo com suportes, em locias limitados; e tem respostas reduzidas ou anormais ao contato social com outras pessoas.	Preocupações ou interesses fixos aparecem frequentemente, sendo óbios a um observador causal, interferindo constantemente em vários contextos. Desconforto e frustrações são visíveis quando rotinas são interrompidas, dificultando o redirecionamneto dos interesses restritos.
Nível 1 Requer suporte	Sem suporte local ou déficit social ocasiona prejuízos. Existe dificuldade em iniciar interações sociais e demonstra claros exemplos de respostas atípicas e sem sucesso no relacionamento social com outros. Pode se observar diminuído interesse pelas interações	Rituais e comportamentos repetitivos causam interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Resiste às tentativas de se interromperem os rituais ou de se redirecionar seus interesses fixos.

ANEXO IV - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nº do estudo	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Título:	
Autores:	
Fonte:	Ano
País:	Local de estudo:
POPULAÇÃO DO ESTUDO	
População:	Tamanho da amostra:
MÉTODO	
Cenário do estudo:	
Coleta de dados:	
Instrumentos utilizados:	
Técnica de análise de dados: Nível de evidência:	
ANÁLISE DOS DADOS	
1- O artigo aborda o tema sobre as dispraxias em crianças diagnosticadas com TEA?	
2- O conteúdo do artigo refere-se às melhores práticas direcionadas as dispraxias em crianças diagnosticadas com TEA?	
3- O estudo alcançou o desfecho principal pretendido?	
4- O estudo foi publicado no período de 2010 a 2015?	
5- O artigo revela as concepções do autor sobre as relações entre intervenções e dispraxias em crianças diagnosticadas com TEA?	
6- Os resultados da pesquisa contribuem para o acervo de conhecimento sobre o assunto?	
Matriz síntese – adaptada dos estudos de URSI, 2005. URSI, Elisabeth Silva. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura. **(Dissertação)**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 128p. 2005	

FABIANA DE CARVALHO DIAS - Graduada em Enfermagem pela Faculdade Artur Sá Earp Netto, Pós-graduada em Administração Hospitalar e Infecção Hospitalar pela Faculdade Iguaçu, Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis, atuo em Saúde Mental e Psiquiatria na Clínica Psiquiátrica Pousada das Bromélias e como Professora de Ensino Técnico Profissionalizante no curso Grau Técnico Petrópolis.

ANÁLISE DOS ESTUDOS SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS PARA AS DISPRAXIAS EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO NA EDUCAÇÃO INFANTIL

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2023

ANÁLISE DOS ESTUDOS SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS PARA AS DISPRAXIAS EM CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO NA EDUCAÇÃO INFANTIL

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2023